

CAMELIA MARIA
DINDELEGAN

***Elemente de psihopatologie
și psihologie clinică***



2004

Depozitar CIP a Bibliotecii Naționale a României

DINDELEGAN, CAMELIA MARIA

Elemente de psihopatologie și psihologie clinică /
Camelia Maria Dindelegan. - Oradea : Editura Universității
din Oradea, 2004

Bibliogr.

ISBN 973-613-665-5

616.89

Referenți științifici:

Prof. Univ. Dr. Bonchiș Elena

Conf. Univ. Dr. David Daniel

Coperta: Reproducere Pictura Van Gogh

CUPRINS

Cap.1 Delimitări conceptuale.....	8
1.1.Sănătate și boală psihică.....	8
1.2.Psihologia clinică.....	11
1.2.1.Scurt istoric al psihologiei clinice.....	11
1.2.2. Rolul și atribuțiile psihologului clinician.....	14
1.3.Psihopatologia și sarcinile ei.....	21
Cap.2 Diagnosticul clinic – cadru general.....	28
2.1. Repere teoretice ale interviului clinic.....	28
2.1.1. Tipuri de interviu clinic.....	30
2.1.2. Tehnici pentru îmbunătățirea diagnosticului și interviului clinic.....	33
2.2. Testarea clinică.....	37
2.2.1. Probe pentru evaluarea funcțiilor cognitive.....	39
2.2.2. Probe pentru investigarea personalității.....	48
2.3. Principii cheie în evaluarea terapeutică.....	54
2.4. Manualul de Diagnostic și Statistică a Tulburărilor Mentale , ediția a IV-a (DSM IV).....	58
2.4.1. Prezentare generală.....	58
2.4.2.Probleme controversate în utilizarea DSM IV.....	59
2.4.3. Evaluarea multiaxială.....	62
Cap.3 Întârzierea mentală.....	66
3.1. Delimitare conceptuală.....	66
3.2. Tablou clinic.....	67
3.3. Evoluție, prognostic și factorii etiopatogenici.....	69
Cap. 4 Tulburările de personalitate.....	70
4.1. Ce este personalitatea?	70
4.2. Influența trăsăturilor de personalitate în determinarea comportamentului.....	72

4.3. Definiție și clasificare.....	74
4.3.1. Tulburare de personalitate paranoidă.....	77
4.3.2. Tulburare de personalitate schizoidă.....	78
4.3.3. Tulburare de personalitate schizotipală.....	79
4.3.4. Tulburare de personalitate antisocială.....	80
4.3.5. Tulburare de personalitate borderline.....	83
4.3.6. Tulburare de personalitate histrionică.....	84
4.3.7. Tulburare de personalitate narcisistică.....	86
4.3.8. Tulburare de personalitate evitantă.....	87
4.3.9. Tulburare de personalitate dependentă.....	89
4.3.10 Tulburare de personalitate obsesiv-compulsivă.....	90
4.4. Relația psihologului clinician cu pacientul cu tulburare de personalitate.....	93

Cap.5 Schizofrenia.....	93
5.1. Delimitare conceptuală.....	94
5.2. Tablou clinic.....	95
5.3. Evoluție, prevalență și factorii etiopatogenici.....	99

Cap.6 Tulburările delirante.....	104
6.1. Delimitare conceptuală.....	104
6.2. Tablou clinic.....	105
6.3. Factorii care influențează apariția tulburărilor.....	109
6.4. Evoluție și prevalență.....	110

Cap.7 Tulburările afective.....	111
7.1. Definiție.....	111
7.2. Clasificarea tulburărilor afective.....	113
7.2.1. Episoade afective.....	113
7.2.2 Tulburările depresive.....	115
7.2.3. Tulburările bipolare.....	119
7.2.4. Alte tulburări afective.....	122
7.3. Investigații psihologice specifice.....	124

Cap.8 Tulburările anxioase.....	134
8.1. Definiție.....	134

8.2. Clasificare.....	135
8.2.1. Panica fără agorafobie și panica cu agorafobie.....	135
8.2.2 Fobia socială.....	137
8.2.3. Tulburarea obsesiv-compulsivă.....	139
8.2.4. Stresul posttraumatic.....	140
8.2.5 Anxietatea generalizată.....	141
8.3. Investigații psihologice specifice.....	143

Cap.9 Psihopatologia copilului și adolescentului.....	148
9.1. Delimitări conceptuale.....	148
9.2. Examinarea copilului și adolescentului.....	149
9.3. Factorii care interferează patologic dezvoltarea psihomotorie normală.....	152
9.4. Tablou clinic.....	155
9.4.1 Tulburări de dezvoltare.....	155
9.4.2. Tulburarea hiperkinetică cu deficit de atenție.....	159
9.4.3 Tulburări de conduită.....	160
9.4.4 Tulburări ale funcției sociale.....	161
9.4.5. Tulburările legate de stres.....	162
9.4.6 Tulburările afective.....	165

Cap.10 Caracteristici psihice datorate vârstei.....	168
10.1. Considerații teoretice.....	168
10.2 Tablou clinic.....	177
10.2.1 Principalele modificări senzoriale.....	177
10.2.2 Funcțiile cognitive.....	180
10.2.3. Natura afecțiunilor psihice la vârstnici.....	183
10.3 Investigații psihologice specifice.....	188

Cap.11. Suicidul.....	190
11.1 Definiție.....	190
11.2 Ipoteze ale fenomenului suicidal.....	191
11.3 Factorii de risc în suicid.....	194

Cap.12 Toxicomaniile și alcoolismul.....	200
12.1 Toxicomaniile-definiție.....	200

12.1.1 Măsuri de prevenire și combatere.....	204
12.1.2 Clasificarea drogurilor.....	206
12.1.3 Cauzele consumului de droguri.....	208
12.2. Alcoolismul – definiții.....	209
12.2.1 Personalitatea alcoolicului.....	211
12.2.2 Epidemiologie și predispoziție.....	213
12.2.3 Rolul psihologului în patologia alcoolică.....	214
Cap.13 Expertiza medico-legală.....	215
13.1 Delimitare conceptuală.....	215
13.2 Rolul expertizei medico-legale.....	218
Bibliografie	221

Introducere

Lucrarea "Elemente de psihopatologie și psihologie clinică" își propune să ofere un motiv de reflecție în legătură cu demersul de investigație a psihologului clinician.

Particularitățile și caracteristicile societății în care trăim, nesiguranța resimțită permanent determină ca din ce în ce mai mulți indivizi să se confrunte cu acest fenomen: boala psihică

Volumul se adresează studenților de la psihologie și asistență socială, psihologilor clinicieni dar și publicului larg, tuturor celor care doresc să cunoască aspecte din domeniul psihologiei clinice, preocupați fiind de problematica patologiei psihiatrice.

În prima parte, lucrarea își propune să puncteze noțiunile de sănătate și boală psihică, funcția de diagnostic și evaluare clinică a psihologului clinician iar în a doua parte sunt prezentate cele mai importante patologii psihiatrice cu care se confruntă psihologul clinician în practica curentă. În final sunt atinse câteva caracteristici generale privind expertiza medico-legală.

Lucrarea de față reprezintă un început, rod al îmbinării teoriei cu practica din Clinica de Psihiatrie din Oradea, dar totodată un fundament pentru dezvoltarea domeniului psihopatologiei și psihologiei clinice.

Gândurile mele de recunoștință se îndreaptă spre cei care au contribuit la formarea mea, doamnei prof.univ. dr. Elena Bonchiș, Ph.D. James McMahon, Institutul A. Ellis New York și conf.univ.dr.Daniel David precum și spre cel care contribuie și în prezent prin programul de doctorat, domnului prof.univ. dr. Nicolae Mitrofan, personalitate remarcabilă în viața psihologiei românești.

Nu în ultimul rând îi mulțumesc lui Dumnezeu pentru tot ceea ce mi-a dăruit.

08.10.2004

Autoarea

Cap 1. Delimitări conceptuale

1.1 Sănătate și boală psihică

Sănătatea umană poate fi considerată o stare care se află în perimetru care definește normalitatea existenței individului, semnificând menținerea echilibrului structural al persoanei (în plan corporal-biologic și psihic conștient) atât în perspectiva internă cât și în perspectiva externă a echilibrului adaptiv dintre individ și mediul său ambiant concret (Tudose, și colab. 2002).

Starea de sănătate este definită de OMS (Organizația Mondială a Sănătății) ca fiind o stare de bine psihic, somatic și social al individului. Boala, pe de altă parte, este definită ca o serie de modificări biologice sau psiho-comportamentale care generează o stare de stres sau disabilitate sau un risc crescut spre stres sau disabilitate (American Psychiatric Association-APSA, 1994; U.D. Department of Health on Human Services (USDHHS), 1999, apud David, 2003).

Sănătatea mintală poate fi înțeleasă în sensul adaptării armonice în fiecare moment al existenței, în funcție de istoria sa personală și mediul în care trăiește individul. Sănătatea mintală este considerată drept starea de echilibru a individului, iar parametrii săi fiind constituiți din toate procesele de adaptare la mediu.

Sănătatea implică o orientare dinamică prin care se precizează modalitățile normal-sănătoase de structurare și funcționare a individului la diverse vârste, capacitatea sa de dezvoltare, maturare dar și capacitatea de a depăși diferite situații reactive și stresante (Lăzărescu M., 1995).

Sănătatea mintală se poate caracteriza ca fiind capacitatea de a organiza un plan de viață, care să permită satisfacerea periodică și

armonioasă a majorității trebuințelor și progresul către scopurile cele mai îndepărtate.

Omul sănătos psihic este acela care trăiește și afirmă o stare de confort psihic, într-o coerență și globalitate care nu este sesizată nici un moment în mod fragmentar și într-o continuitate care presupune o dominantă a sentimentelor pozitive constructive și optimiste față de cele negative. Omul sănătos psihic este activ și are plăcerea acestei activități, o caută, este voluntar, vrea să se afirme, să se împlinească. El are un set de valori ierarhizate și voluntare pe care le promovează (Cornuțiu, G. 1998).

Prin boală, persoana își pierde capacitatea de adaptare la exigențele mediului extern și intern, își pierde confortul psihic și somatic, adică starea de sănătate. Accentul se pune pe adaptarea social-comunitară iar specificul sănătății mintale dobândește nuanțe diferite în funcție de nivelul economico-social și cultural al unei comunități.

Sănătatea mintală este capacitatea individului de a-și adapta conduita la diferite moduri de relații cu ceilalți indivizi, capacitatea de identificare atât cu forțele conservatoare cât și cu cele creatoare ale societății (Tudose și colab., 2002).

Boala determină stresul fizic și psihic odată cu conștientizarea simptomelor de debut reprezentate de suferințe fizice și psihice dar și a consecințelor somatice și sociale izvorâte din suferință.

Boala umană se caracterizează prin perturbarea la diverse nivele și din variate incidente a structurilor funcționale ale individului în perspectiva corporal-biologică sau psihic-conștientă? Perturbarea indusă de boală determină un minus și o dizarmonie a ansamblului unitar al persoanei precum și dezadaptare și involuție (Tudose și colab., 2002).

Boala psihică este poate cea mai gravă stare a ființei umane, implicând absența libertății interioare a subiectului și incapacitatea de a se adapta optim societății în care trăiește.

Boala se referă, în general, la o stare anormală, cu o cauzalitate determinată, care are un anumit tablou clinic, un anumit subiect, o anumită tendință evolutivă și un răspuns terapeutic specific. Un om devine bolnav psihic din momentul în care nu mai este capabil să răspundă la propriile cerințe, făcând eforturi pentru a se accepta ori neacceptându-se, neacceptându-i nici pe alții, acordând o atenție și o preocupare crescută pentru propriul corp, propria persoană, interogând fără a-și găsi răspunsul și liniștea în propriile valori, ori lipsindu-se de valori (Cornuțiu, G. 1998).

În urma mai multor cercetări s-au desprins trei modele de boală :

a. « modelul medical » care pornește de la lucrările lui Kock și Pasteur, astfel conform acestui tip de model cauza unei boli trebuie căutată într-un factor specific, care poate fi de natură diferită (bacteriologică, virală, etc.). Acest factor patologic specific ar fi suficient pentru a explica procesul patogen fără a fi nevoie de alți factori, de exemplu factori psihologici sau sociologici ;

b. « modelul psihosocial » care aplică boala, atât psihică cât și somatică dar și factorii psihologici și sociali. Se accentuează însă, aspectul interpersonal, familial sau social-global neacordându-se o importanță suficientă factorilor somatice care determină apariția tulburărilor;

c. « modelul biopsihosocial », care face într-o oarecare măsură sinteza dialectică a celor două modele precedente, ținând cont de geneza multifactorială a tulburărilor. Aceasta presupune că factorii psihosociali pot provoca bolile fizice tot așa cum factorii biologici pot determina tulburările psihice.

Boala implică o decădere din rolul social și o experiență subiectivă de rău, indispoziție și handicap.

Sănătatea cuprinde echilibrul dinamic dintre ființă și lume iar boala rezultă din dezechilibrul ființei cu lumea, din lupta lor asimetrică și dezarmonioasă ce contrazice nu numai logosul în evoluție al ființei, ci și pe cel al lumii și al societății. Dacă în conflictul dintre ființă și mediu individul reușește să învingă starea de tensiune, atunci acesta își păstrează sănătatea. În caz contrar, el va ajunge la boală (Mărgineanu , 1973 apud Tudose și colab., 2002).

1.2. Psihologia clinică

1.2.1. Scurt istoric al psihologiei clinice

Psihologia clinică este axată asupra înțelegerii cazului particular al bolnavului care își trăiește boala cu temperamentul său propriu, cu trecutul și istoria sa individuală, toate acestea conducând spre nuanțarea unui diagnostic și instituirea unui tratament” (J. Favez-Boutonier, apud Ionescu, 1985).

Psihologia clinică își înscrie printre obiectivele sale nu numai cunoașterea subiectului confruntat cu o boală, aflat într-o situație unică și particulară ci și terapia necesară, într-o evaluare individuală, ca și orientarea lui ulterioară cu scopul reintegrării socio-profesionale.

Considerată ca „ramură a psihologiei” și analizată din această perspectivă, psihologia clinică reprezintă un corp de cunoștințe și abilități, orientat spre ajutorarea persoanelor cu probleme medicale și comportamentale, în scopul unei adaptări personale mai satisfăcătoare, cu mai bune posibilități de autoexprimare (Shakow, apud Ionescu, 1985).

În conținutul psihologiei clinice se înscriu într-o amplă

problematică, atât observații empirice cât și date ale unor analize științifice ca: atitudinea bolnavului în fața bolii și a morții, relațiile dintre bolnav și anturajul său familial, fenomenele de transfer și contratransfer în relațiile terapeutice.

Spre sfârșitul secolului al XIX-lea ideea utilizării metodelor psihologice în investigarea bolnavilor neuropsihici a câștigat o importanță deosebită. Emil Kraepelin, fost elev al lui Wundt și unul dintre creatorii psihiatriei moderne, aplică în clinica sa metodele psihologiei experimentale. În 1889, elevul său Oehern publică lucrări în care utilizează „teste mentale”. Kraepelin însuși propune în 1895 constituirea unor probe pentru măsurarea influenței activității asupra funcțiilor psihice, persistenței efectelor activității, memoriei, fatigabilității, refacerii, după oboseală, concentrării atenției, creează el însuși noi tehnici de investigație și aduce contribuții la problema activității intelectuale și concluzii importante. În 1898 începe să funcționeze la McLean Hospital din Waverley (S.U.A.) un laborator de cercetări cu un sector de psihologie fiziologică. În 1904 se înființează în cadrul aceleiași instituții un laborator de psihologie, iar din 1907 toți bolnavii au fost supuși unui examen psihologic sistematic. Ed. Toulouse înființează în 1898 la azilul de psihiatrie din Villejuif un laborator de psihologie experimentală, în care au lucrat Nicolae Vaschide și Henri Pieron.

Încă din 1896, funcționează la Institutul de Psihiatrie din Reggio Emilia un laborator de psihologie fondat de doctorul Tamburini și dirijat de Ferrari, în care pacienții sunt investigați cu probe motorii, de atenție și memorie pentru percepția spațiului și timpului. În același timp, prin contribuția lui Secenov și Korsakov, psihologia este solicitată și în neuropsihiatria Rusiei prerevoluționare.

Celebrul psihiatru S.S. Korsakov susținea faptul că pentru a

afla ce se întâmplă cu omul bolnav trebuie să studiem ce se întâmplă cu omul sănătos. Din inițiativa lui V.M. Behterev, clinica de neuropsihologie din Kazan devine în 1885 prima clinică de acest fel din Rusia, în care funcționează un laborator de psihologie experimentală. Această inițiativă are succes, astfel de laboratoare fiind înființate la sfârșitul secolului al XIX-lea și în clinicile similare din Petersburg, Moscova, Harkov și din alte orașe, dând naștere unor valoroase cercetări de psihopatologie experimentală.

În 1896, un fost doctorand al lui Wundt, Lightner Witmer, care a scris până atunci despre cercetările sale, privind raportul dintre plăcere și durere, problematica psihologică a educației dar și un manual de introducere în psihologia experimentală, examinează în laboratorul de psihologie al Universității din Pennsylvania câțiva copii problemă, iar pe baza constatărilor făcute înființează prima clinică psihologică din lume, care a deschis drumul a mii de clinici care funcționează și până în prezent, devenind inițiatorul unui nou domeniu de psihologie aplicată. În concepția lui Witmer, clinica psihologică avea ca preocupări întârzierea mentală, deficiențele intelectuale și deficiența minorilor.

În 1935, în S.U.A. psihologii conduc 87 clinici, iar în 1936 un număr de 676 clinici psihiatrice apelează la serviciile unor psihologi. Domeniile de activitate în cadrul psihologiei clinice s-au diversificat foarte mult în 1939: psihometrie, îndrumare educațională, orientare profesională, interviuri diagnostice, psihoterapie și investigație socială.

W.A. Hunt consideră însă că psihologia clinică din S.U.A., unul dintre cele mai vechi domenii din cadrul psihologiei americane, s-a realizat pe plan profesional abia după al doilea război mondial, iar maturitatea și-a dobândit-o în 1947 când a fost recunoscută oficial prin instituirea diplomei de psihologie clinică.

În Europa dezvoltarea psihologiei clinice este mai lentă. În Austria, apar în mod deosebit, sub influența lui Alfred Adler servicii de consultații psihologice și pedagogice pentru copii cu dificultăți de integrare. În 1925, G. Heuyer înființează la clinica anexă de neuropsihiatrie infantilă din Paris un laborator de psihologie, condus de Hedwiga Abramson, urmând astfel ca psihologia clinică franceză să dobândească o recunoaștere legală. Psihologul clinician este prezent în spitale ca și în alte instituții de educație specială. În Rusia, psihologi străluciți ca I.S. Vâgotski, A.R. Luria și alții activează în domeniul psihopatologiei experimentale și neuropsihologiei. La Institutul Psihoneurologic din Leningrad, V.I. Miașișev și colaboratorii săi au studiat problematica disoluției personalității bolnavilor psihici.

1.2.2. Rolul și atribuțiile psihologului clinician

Personalitatea psihologului este și va fi factorul esențial, determinant al acțiunii eficiente în totalitatea actelor de psihologie clinică. În cazul psihologului clinician, personalitatea trebuie să integreze nu numai calitățile care se cer psihologului sub aspectul comprehensiunii semenilor săi, ci și pe cele ale experimentatorului, psihoterapeutului, organizatorului și pedagogului.

În accepțiunea Comitetului pentru formarea în psihologia clinică din S.U.A., psihologul clinician trebuie să dispună de următoarele calități: îndemânare de nivel superior, originalitate și inventivitate, curiozitate, interes pentru persoane privite în individualitatea lor, intuiție în ceea ce privește caracteristicile propriei personalități, sensibilitate față de complexitatea diferitelor motivații, înțelegere (toleranță), priceperea de a stabili relații afective calde cu ceilalți, spirit practic și capacitatea de a suporta presiuni, acceptarea responsabilității, tact, integritate și autocontrol, sensul

valorilor etice, orizont cultural larg, un interes deosebit pentru psihologie și îndeosebi pentru aspectele clinice (Sen, 1975).

Psihologul clinician trebuie să dispună de o concepție clară despre lume și viață. Interlocutorii săi sunt de multe ori oameni care se află într-un impas, ale căror relații cu cei din jur și cu ei înșiși trec printr-o criză, care simt nevoia unor clarificări, a unor reasezări ale acestor raporturi și-i cer psihologului puncte de sprijin, elemente de referință, în scopul refacerii structurilor relaționale. Dar psihologul nu poate realiza aceste clarificări reechilibrante dacă el însuși nu posedă o înțelegere profundă a structurilor realității, a poziției autentice a omului în lume. El trebuie să aibă o viziune optimistă a vieții, un control emoțional satisfăcător, să fie înțelegător și lipsit de rigiditate în aprecierea oamenilor și situațiilor.

Exercitarea profesiei de psiholog clinician implică respectarea anumitor reguli de comportare, a unui cod deontologic. Psihologul clinician este confruntat deseori cu situații limită, care presupun o mare responsabilitate. Examenele întocmite pot fi utilizate ca acte medico-legale sau pot genera hotărâri de o mare însemnătate pentru viitorul bolnavilor.

Procesul de pregătire al psihologului clinician implică o colaborare strânsă între psihologi, pedagogi și medici. Trebuie menționat însă faptul că instruirea profesională propriu-zisă în vederea funcțiilor ulterioare trebuie efectuată de un cadru de aceeași specialitate. Numai un psiholog clinician poate pregăti un viitor psiholog clinician, astfel încât acesta să ajungă să poată exercita nemijlocit profesiunea pentru care se pregătește. În lipsa acestei ucenicii, informațiile, oricât de numeroase și multilaterale ar fi ele, rămân la un nivel de generalitate și nu se integrează în structuri cu valoare funcțională. Teoria științifică generală își are desigur însemnătatea ei, dar cel care nu a efectuat niciodată examene

psihologice unor bolnavi cu afecțiuni psihice nu-i poate învăța pe alții să realizeze astfel de examene (Ionescu, 1985).

Psihologul clinician a avut inițial rolul unui colaborator – investigator sau explorator care, prin teste și tehnici specifice, aducea date complementare cunoașterii clinice, rezultatele sale fiind integrate datelor medicale (Ionescu, 1985).

Ulterior s-a constatat că numai anumite activități ale psihologului clinician sunt specifice, altele suprapunându-se cu acelea ale unor membri ai echipei terapeutice: este vorba în primul rând de investigația anamnestică, de abordarea psihoterapeutică dar și de contribuția sa la supoziția diagnostică unde activitatea psihologului clinician se întrepătrunde cu cea a medicului psihiatru. De cele mai multe ori consultația psihologică este solicitată de medic ce dorește date suplimentare, un plus de certitudine sau o clarificare în privința cunoașterii mai exacte a bolnavului printr-o analiză clinico-psihologică specifică sau investigație proiectivă sau psihometrică.

Din acest punct de vedere s-a apreciat că un examen cu ajutorul chestionarului M.M.P.I. (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) poate fi comparat cu încrederea pe care hematologul o acordă hemogramei sau pe care neurologul o acordă encefalogramei (J. Martin, apud Ionescu 1985).

Dintre atribuțiile principale ale psihologului clinician amintim: psihodiagnoza, psihoterapia, cercetarea, activitatea didactică, reabilitarea și reorientarea profesională, activitatea de selecție a personalului, activitatea educativă, analiza dinamicilor de grup.

Activitatea de *psihometrician* este considerată ca fiind principala atribuție a psihologului clinician, ea reprezentând aproximativ jumătate din ansamblul ocupației sale.

Funcția de psihometrician este principală pentru activitatea sa, nu numai prin volumul activității ci și prin faptul că aceasta îi conferă marca specificității. Examenul psihometric reprezintă partea cea mai importantă a intervenției psihologului, utilizarea testelor fiind singura atribuție datorită căreia specificitatea și autonomia sa nu pot fi contestate. Psihologul dispune astăzi de instrumente numeroase, extrem de variate și riguros validate.; el trebuie să cunoască bine valoarea și limitele testelor și tehnicilor sale, fiind conștient de faptul că metoda pe care o posedă, deși experimentală prin construcție, este în fond clinică prin aplicație.

Probele aplicate, ca și întrebările adresate sunt primite de subiect sub un unghi de incidență diferit decât cel prevăzut, atingând întotdeauna aspecte mai profunde decât zona justificărilor conștiente. Intervenind pe fondul unei relații, într-un raport interindividual, probele psihologice, în general și cele proiective, în mod special, determină o rezonanță profundă la nivelul activității inconștiente, modificând acest raport (Ionescu, 1985).

Prin interviurile preliminare sunt obținute date clinice suplimentare care în formularea concluziilor vor fi necesare deoarece interpretarea rezultatelor obținute la teste va fi cu atât mai precisă cu cât va cuprinde mai multe date clinice.

Psihometricianul utilizează o baterie de teste formată din probe care sunt construite în vederea explorării diferitelor funcții psihice dar și aspecte de conținut ale personalității, unele probe sunt folosite pentru aceleași laturi ale personalității cu scopul de a se evidenția gradul de corelație a testelor.

Un rol important, chiar primordial, pe care îl îndeplinește psihologul în activitatea clinică este acela de *diagnostician*. Noțiunea de psihodiagnostic reprezintă inițial mijlocul de explorare a personalității „pentru ca ulterior să ilustreze portretul descriptiv-

individual și specific al acesteia" (Ionescu, 1985).

În general, tehnica psihodiagnosticului studiază diferențele interindividuale cu ajutorul unui model metric, utilizând un anumit număr de dimensiuni. În timp ce diagnosticul nosografic utilizează noțiunile de simptom și sindrom; acestea deși prezintă un anumit grad de generalizare, găsesc o analogie cu noțiunea de semn, factor sau trăsătură din metodologia psihometrică sau proiectivă. Raportând analiza comparativă la domeniul bolilor mentale se poate considera că „demersul psihologic, ce tinde să descopere diferențe interindividuale de alură cantitativă cu ajutorul dimensiunilor, factorilor și trăsăturilor, trebuie opus demersului psihiatric, ce urmărește o regrupare calitativă, în cadre nosografice, care se bazează pe existența corelațiilor între indivizi (Perse, 1972, apud Ionescu, 1985).

Psihologul clinician are o responsabilitate deosebită asupra diagnosticului în momentul testării și evaluării dar nu îi este permis actul diagnosticării, acesta fiind considerat un drept profesional și legal al medicului. Dar în psihiatrie nu se poate, întotdeauna realiza o delimitare între actele de investigare, evaluare și diagnosticare. Doar în situația deficiențelor mintali psihologul este acela care realizează atât activitatea de investigare-evaluare, cât și pe aceea de diagnosticare.

Psihodiagnosticul realizat prin intermediul analizei clinice și a rezultatelor la teste oferă o descriere care tinde să fie completă și detaliată a funcțiilor psihice globale, a mecanismelor proprii de apărare precum și a profilului de personalitate.

Psihodiagnosticul, oferă date asupra unor caracteristici și trăsături care nu pot fi relevate de examinare psihiatrică obișnuită (Slabow, 1980; apud Ionescu, 1985).

Întrunind aceste caracteristici psihodiagnosticul are o importanță

semnificativă atât în ceea ce privește opțiunea pentru demersul terapeutic dar și a predicțiilor prognostice sau a recomandărilor cu caracter profesional sau educațional.

Ca tehnică de laborator "examenul psihodiagnostic, în virtutea caracterului său obiectiv și științific, poate fi considerat o confirmare indispensabilă a diagnosticului clinic" (Perse, 1972, apud Ionescu, 1985).

Psihologul clinician utilizează nu numai mijloace de investigație variate, ci și metode *psihoterapeutice* foarte diversificate, iar o selecție optimă a acestora va avea drept criteriu, pe lângă problemele clinice care trebuie tratate și caracteristicile sale de personalitate care îl vor face mai eficient într-un anumit tip de psihoterapie.

Unii medici limitează însă în ansamblu acțiunile psihologului în clinică, inclusiv intervenția psihoterapeutică, preconizând că, medicul deține decizia intervențiilor, a diagnosticului prezumtiv și în final, a prognosticului și terapiei iar odată cu acestea, răspunderea juridică pentru bolnav, în timp ce psihologul clinician preia munca psihodiagnostică și parțial funcția psihoterapeutică (Kleinsorge, 1967 apud Ionescu, 1983).

Dar acreditarea psihologului pentru psihoterapie se datorează în primul rând formării sale profesionale dar în special prin trainingu-urile de formare în psihoterapie realizate de persoane competente și acreditate pentru formare în psihoterapii și care se întind pe câteva niveluri. Cu toate că întotdeauna au fost disensiuni între medicii psihiatri și psihologi ar fi bine ca rolul de psihoterapeut, în adevăratul sens al cuvântului, să fie îndeplinit numai de persoane cu o pregătire psihoterapeutică specială, fie ei psihologi sau medici.

Dar o contribuție deosebită a psihologului în clinică este reprezentată de activitatea sa de *cercetare*. Această activitate este vastă pornind de la cauzele tulburărilor psihice, respectiv de la

analiza factorilor genetici, heredo-familiali și psihosociali, și ajungând la studiul incidenței și prevalenței diverselor condiții psihopatologice precum și reacțiile pacienților la boală sau la terapie. Un rol important în cercetare îl are psihologul clinician prin validarea instrumentelor sale specifice de investigație.

Din multiplele sale atribuții fără îndoială că investigarea prin teste și probe psihologice considerată ca activitate specifică psihologului clinician, oferă acestuia una din cele mai favorabile condiții de cercetare., deoarece metoda diagnozei se află între observație și experiment. (Shakow, 1980 apud Ionescu, 1983).

În raport cu medicii, activitatea psihologilor în cercetarea psihomedicală este net superioară, datorită faptului că psihologii au o pregătire specială în acest sens dar și prin conținutul activității lor. În activitatea de cercetare, psihologii ocupă un loc central, consolidându-și o consacrare de înalt nivel.

Acest lucru este posibil întrucât complexitatea extraordinară a domeniului în care își desfășoară activitatea, bogăția și noutatea mijloacelor de investigație, precum și caracterul inedit al fiecărui caz examinat, oferă psihologului clinician condiții deosebit de favorabile în activitatea de cercetare.

Diferențele profesionale actuale rezidă din faptul că medicul practician rămâne, determinat de circumstanțe, la nivelul fenomenal al bolii, în timp ce psihologul abordează de la început omul aflat sub incidența suferinței cu emoțiile, anxietățile, frustrațiile și în general, cu trăirile și reacțiile pe care le dezvoltă. Aceasta conferă psihologului situația privilegiată în cercetare unde el nu face, asemenea medicului, un examen, nu acordă o consultație, ci întreprinde o investigație; el desfășoară o activitate de explorare, ceea ce îi asigură un statut particular în cercetare (Ionescu, 1985).

1.3. Psihopatologia și sarcinile ei

Patologia (gr. pathos-suferință; logos – știință), studiază modul în care se instalează, evoluează și se termină bolile. Psihopatologia (gr. psyche - suflet / psihic; pathos - suferință; logos – știință), studiază modul în care se instalează, evoluează și se termină tulburările psihice (Sarason, 1999 apud David, 2003).

Definirea conceptului de *psihopatologie* a fost și mai este încă disputată datorită confuziei care se face cu psihologia clinică.

Dicționarul Larousse consideră că există o sinonimie între psihopatologie și psihologia patologică care ar fi disciplina având drept obiect studiul tulburărilor de comportament, de conștiință și de comunicare. Acest autor consideră că psihopatologia se află la jumătatea drumului dintre psihologie și psihiatrie și completează abordarea clinică prin metode experimentale, teste și statistici. (apud Tudose și colab.2002).

De nenumărate ori s-a întâmplat ca domeniul psihopatologiei să se suprapună peste cel al psihiatriei și invers.

Psihopatologia nu abordează simptomele dintr-o perspectivă organică încercând să răspundă la întrebarea "de ce?" ci se referă la desfășurarea acestora în comportamente anormale răspunzând la întrebarea "cum?". Ea își propune să pătrundă în universul morbid al subiectului (Sillamy N; 1995) pentru a cunoaște viața psihică anormală în realitatea sa, mijloacele sale de exprimare, raporturile sale de ansamblu (Jaspers K, 1928; apud Tudose, 2002).

Psihopatologia este un studiu sistematic al trăirilor anormale, cunoașterii comportamentului; studiul manifestărilor tulburărilor mintale (Sims, 1995). Acest autor subliniază cele două direcții importante ale psihopatologiei; cea explicativă - aflată în raport cu construcțiile teoretice și cea descriptivă - care descrie și clasifică

experiențele anormale relatate de pacient sau observate în comportamentul său.

Psihopatologia studiază fenomenul psihic morbid, separându-se în felul acesta atât de psihiatrie cât și de psihologie sau mai exact, situându-se între acestea.

Psihopatologia nu este interesată de bolile psihice, ci utilizează materialul psihiatric comparând cu normalul psihic oferit de psihologie (Enăchescu, 2001).

Datorită faptului că a luat ființă în practica medicală psihiatrică, psihopatologia poate scoate la iveală elemente importante despre om, despre infrastructura existenței conștiente și aduce mărturie despre situațiile limită în care persoana umană conștientă alunecă spre minusul dezorganizării și anulării specificității sale (Lăzărescu, 1994).

Stabilirea rolului factorilor psihologici implicați în tulburările psihice și bolile somatice intră în sarcinile psihologiei clinice, iar caracteristicile biomedicale ale tulburărilor psihice constituie obiectul psihiatriei. Trebuie specificat însă, că aceste distincții nu constituie categorii exclusive, ci există numeroase suprapuneri între psihologia clinică și psihiatrie cu privire la aportul lor în psihopatologie.

Schneider K. (1955) susține că psihopatologia are ca scop studiul anormalității psihice prin referire la cazuri clinice care conduc la cunoașterea simptomelor psihopatologice și la diagnostic. (Tudose și colab., 2002).

Lanteri L.G. citat de Prelipceanu D. (1989) stabilește criteriile de clasificare a teoriilor psihopatologiei: concepția psihiatrică inițială, care diferențiază teoriile intrinseci domeniului psihiatric (ca organismul, orgadinamismul, psihanaliza, antipsihiatria) de cele extrinseci acestui domeniu (psihologice ca behaviorismul sau

sociologice ca teoriile sociogenetice); extensiunea domeniului psihiatric a avut în vedere teorii care pretind că studiază totalitatea psihismului sau numai un sector modificat patologic al acestuia. Acest criteriu permite validarea teoriilor psihopatologice în funcție de sectoarele de patologie psihică efectiv studiate; criteriul sincron sau diacronic al abordării explicativ psihiatrice (Tudose și colab., 2002).

Obiectul psihopatologiei îl constituie persoana umană organizată pe mai multe niveluri și anume:

- personalitatea: corpul plus psihismul (soma plus psyche);
- ființa umană: supra Eu plus conștiința umană;
- individul social: persoana umană ca instituție social-juridică;
- ființa istorică: existența persoanei în sens psihobiografic;
- ființa metafizică: persoana ca proiecție sau ca transsubiectivitate individuală. (Enăchescu, 2001).

Elementele psihopatologiei sunt și vor fi întâlnite mereu în structura psihologiei clinice deoarece orice abordare sau referire la psihologia clinică nu se poate rezuma doar la o prezentare succintă a elementelor de semiologie psihiatrică. Acest fapt se explică deoarece nu se poate vorbi de tulburări fără să se dea un conținut psihopatologic acestor tulburări. Cu atât mai mult cu cât pentru medici psihiatria a fost considerată doar o dexteritate, iar pentru psihologi psihopatologia rămâne un țărn prea îndepărtat, considerat adesea al altora. În plus, necesitatea acestei prezentări este legată de circumstanțele diverse în care simptomele se regăsesc, circumstanțe care nu sunt de cele mai multe ori ale bolii psihice (Tudose și colab., 2002).

În continuare vor fi prezentate câteva modele teoretice în psihopatologie.

Din punctul de vedere al *abordării behavioriste*

comportamentele anormale și normale sunt dobândite și menținute datorită legilor generale ale învățării. Behavioriștii resping orice cauză internă ca o cauză - ultimă a comportamentului și susțin că apariția oricărui comportament este legată de mediul înconjurător al persoanei. Astfel clinicienii realizează o analiză orientată în direcția precizării variabilelor de mediu care sunt în relație cu comportamentele respective. În cadrul acestei abordări se acordă o importanță particulară istoriei perioadei de învățare a pacientului și a condițiilor de învățare care au fost descrise ca fiind inadecvate sau lacunare.

Psihopatologia *existențială* are implicații importante pentru înțelegerea existenței persoanei care prezintă tulburări psihologice. Conform acestei orientări ar trebui înainte de toate, o percepere a pacientului așa cum este el în realitate, o ființă în lume și nu drept o simplă proiecție a teoriilor noastre despre el (Tudose, 2002).

Existențialiștii, fiind preocupați de problemele voinței și deciziei umane, pun accentul asupra faptului că ființa umană poate interveni în relația cu destinul. Modelul existențialist aduce în prim plan delimitarea dintre patologie și normal descoperind o psihopatologie a majorității răspândită în societate și regăsită în membrii acesteia.

Modelul *experimental* al psihopatologiei are la bază cercetările realizate de Pavlov. El folosește pentru prima dată termenul psihopatologie experimentală și accentuează rolul experimentelor pe animale pentru înțelegerea patologiei umane. Psihopatologia experimentală este orientată studiului comportamentului patologic experimental sau studiului experimental patologic.

Psihopatologia *fenomenologică* își are rădăcinile în filosofia germană. Influența fenomenologiei a determinat două direcții principale în psihopatologie. Prima direcție este cea a lui Jaspers K.

în care psihopatologia este descrisă ca ocupându-se de ceea ce trăiesc bolnavii, de analiza stărilor sufletești încercând să le descopere semnificațiile. A doua direcție este a lui Binswanger L. cu referințe filosofice cunoscută datorită cercetărilor asupra melancoliei, maniei și schizofreniei.

Abordarea *cognitivă* a psihopatologiei are ca scop explicarea tulburărilor mintale prin intermediul proceselor cognitive.

La baza teoriei cognitive a tulburărilor emoționale se află supoziția conform căreia disfuncțiile din această sferă apar și se dezvoltă datorită interpretărilor pe care le dau oamenii evenimentelor externe. În același timp răspunsurile în plan comportamental care rezultă în urma acestor interpretări au la rândul lor, un rol în menținerea tulburării emoționale.

Ellis (1962) consideră credințele iraționale ca reprezentând sursa tulburărilor în plan emoțional și comportamental. Aceste credințe iraționale se referă la o serie de atitudini de tipul trebuie neapărat, credințe care generează solicitări și cerințe absolutiste, acestea din urmă stând la baza cogniției iraționale, sursă a tulburărilor emoționale. De exemplu, convingerile că o persoană trebuie să fie perfectă, supercompetentă, să se comporte adecvat în orice împrejurare și să aibă întotdeauna succes, sunt foarte răspândite și foarte mult întărite social. Deoarece evenimentele vieții infirmă de multe ori astfel de așteptări, persoanele care nutresc convingeri de tipul celor de mai sus sunt predispuse la tulburări emoționale.

Beck (1967,1972) susține faptul că tulburările emoționale sunt datorate unor deficiențe ale procesului de gândire, anxietatea și depresia fiind produse de cogniții distorsionate. Gândurile negative automate sunt generate de convingerile și supozițiile disfuncționale stocate în memorie și care s-au structurat de-a lungul vieții subiectului.

Un număr mare de cercetări pot fi considerate relevante pentru teoria cognitivă a lui Beck. Ideea că persoanele au o predilecție negativă este cel mai des demonstrată (Beck și Hollon, 1985).

Când privim termenii triadei cognitive (cognițiile negative despre sine, lume și viitor) este clar că predilecția despre sine este negativă referitor la comportamentul altora. Oamenii pot avea un set pozitiv de așteptări cu privire la comportamentul lor care este compensat în timpul perioadelor de depresie. Teoria lui Beck a avut o mare influență în psihologia clinică. Astfel s-au dezvoltat noi domenii care au dus mai departe conexiunile dintre psihopatologia depresiei și cercetarea cognitivă.

Se poate remarca contribuția deosebită a orientării psihanalitice în psihopatologie. Astfel este important trecutul personal, sexualitatea, experiența individuală și faptul de a concepe o boală mintală dintr-o perspectivă funcțională, ca o încercare de rezolvare a unor probleme care nu au putut fi rezolvate într-un alt mod mai bun.

Psihopatologia socială are două obiecte de studiu principale:

- rolul factorilor sociali în etiologia manifestărilor psihopatologice;
- repercursiunile bolii mintale asupra relațiilor pacientului cu mediul său social.

Preocupările psihologiei sociale au fost orientate spre două teme de cercetare. Prima vizează relația dintre apariția tulburărilor mintale și apartenența la o clasă socială. Datele obținute din cercetarea lui Goldberg și Morrison (1963) sprijină ipoteza derivatei sociale, care afirmă că persoanele atinse de schizofrenie sau de alte tulburări mintale, se îndreaptă spre partea de jos a structurii sociale, ca rezultat al incapacității lor de a face față problemelor cotidiene. A doua temă abordată este variația istorică a datelor epidemiologice.

Observarea unor astfel de modificări permite formularea unor ipoteze privind relațiile dintre ele și schimbările sociale observate în perioada respectivă. Rezultatele obținute până acum arată că astfel de relații există în cazul schizofreniei sau suicidului (apud Tudose și colab., 2002).

Cap.2 Diagnosticul clinic – cadru general

2.1. Repere teoretice ale interviului clinic

Termenul "clinic" își are originea în cuvântul grecesc kline care înseamnă pat. În medicină, examenul clinic vizează demersul de obținere de informații la patul bolnavului. Astăzi este utilizat și termenul "învățământ clinic" care se referă la procesul de dobândire de cunoștințe în contact direct cu bolnavul, lângă patul acestuia.

Interviul clinic are ca scop interpretarea informației referitoare la pacient. Ea va facilita pe de o parte evaluarea și tratamentul, iar pe de altă parte, îl va ajuta pe pacient să își înțeleagă propriul comportament patologic, direcționându-l pe drumul vindecării.

Din perspectiva psihologiei, termenul de interviu clinic are un sens oarecum diferit, el urmărește obținerea de informații și înțelegerea funcționării psihologice a unui subiect prin focalizarea asupra trăirilor acestuia și punând accent pe relația stabilită în cadrul situației de interviu.

Interviul clinic reprezintă paradigma muncii psihologului clinician. Utilizând interviul acesta se pot obține informații despre problemele și dificultățile subiectului, despre evenimentele trăite, istoria sa, relațiile cu ceilalți, viața sa personală. El este, astfel, un instrument care ne permite accesul la subiectivitatea pacientului și înțelegerea acestuia în specificitatea sa (Dafinoiu, 2002).

Noțiunea de interviu clinic este legată de lucrările lui C. Rogers. Interesat de dinamica personalității și de valorile umane, C. Rogers a fundamentat o serie de noțiuni care acum reprezintă cadrul desfășurării practice a interviului clinic: acceptarea celui alt, centrarea pe persoană, empatie, non-directivitate, comprehensiune.

Ideea sa este că, în domeniul clinic pacientul trebuie abordat fără un a priori teoretic singur pacientul știe unde și cum suferă, astfel trebuie să i se acorde încredere și să fie ascultat cu atenție.

Modalitatea practică de desfășurare a interviului clinic are loc ținând cont de mai mulți factori și anume:

- obiectivele interviului: diagnostic, terapie, cercetare, etc.;
- modelele teoretice și formarea profesională a clinicianului;
- personalitatea, vârsta subiecților și aspectele particulare ale interacțiunii în cursul interviului;
- persoana care formulează cererea, cui îi aparține inițiativa interviului: subiectului, familiei, instituției, cercetătorului;
- momentul și condițiile în care se desfășoară interviul: prin conversație, mediul spitalicesc sau consultația externă, context de criză sau nu.

Interviul poate fi influențat de o multitudine de factori, de aceea fiecare interviu este unic, la fel cum fiecare individ este unic. Desfășurarea interviului clinic nu stă sub semnul improvizației, iar relația pe care acesta o implică determină un dialog asimetric între un subiect și un profesionist care trebuie să aibă competența de a lua o anumită poziție. Dar trecând peste diversitatea determinată de acești factori, ceea ce rămâne relativ constant, în timpul interviului este cadrul creat de reguli tehnice: non-directivitate, semi-directivitate și de atitudinea clinică adoptată de psihologul clinician (Dafinoiu, 2002).

Pacienții comunică problemele lor sub diverse forme:

- spun tot ce au pe suflet, uneori cu un debit verbal greu de întrerupt. În acest caz când pacientul comunică sub forma plângerilor și acuzelor, psihologul nu face altceva decât să ajute pacientul să-și descrie problemele cât mai detaliat posibil utilizând următoarele tehnici: formularea de întrebări deschise,

tehnici de clarificare, aprofundare și urmărire;

- scot în evidență anumite probleme, dar ascund unele aspecte neplăcute, jenante. Astfel interviul este mai dificil cu pacienții rezistenți. Cele mai utilizate tehnici cu pacienții rezistenți sunt acceptarea, confruntarea, abordarea indirectă. Psihologul clinician trebuie să comunice, în astfel de situații, cu mult tact pacientului deschiderea și înțelegerea sa față de rezistențele și reținerile acestuia de a vorbi despre anumite probleme dar trebuie să aibă și abilitatea de a-l determina să-și depășească aceste rezistențe scoțându-i în evidență rolul interviului în diagnostic și tratament;
- prezintă confuz problemelor lor, datorită mecanismelor de apărare.

2.1.1. Tipuri de interviu clinic

¶ În opinia lui Dafinoiu, 2002, datorită regulilor tehnice privitoare la comportamentul clinicianului în timpul interviului, există mai multe tipuri de interviu clinic:

- **interviul non-directiv.** Acesta este centrat pe persoană în cursul căruia subiectul sau pacientul are libertatea de a vorbi despre problemele, dificultățile sau temele de interes. Clinicianul pune întrebări din când în când, circumscrie o anumită temă, apoi lasă subiectul să vorbească. De cele mai multe ori acesta se abate de la tema propusă, evocând problemele sale de sănătate, amintiri din copilărie, aspecte din viața sa de familie, problemele profesionale. Clinicianul îl ascultă fără a-l întrerupe, pentru că tocmai aceste asociații libere sunt importante pentru accesul la structura profundă interioară a subiectului. De asemenea clinicianul va adopta o atitudine comprehensivă și empatică, îi va urmări discursul și-l va stimula să vorbească prin manifestări

non-verbale și verbale: mișcări ale capului, aprobări, reformulări. Cu toate că acest feedback este determinat într-o atmosferă de neutralitate, el influențează pozitiv discursul subiectului, încurajându-l să-și verbalizeze experiențele sale.

Psihologul clinician are astfel, posibilitatea să analizeze informațiile obținute în cursul unui astfel de interviu în funcție de conținutul manifest, adică de ceea ce spune subiectul, dar și în funcție de conținutul latent, adică reprezentări și semnificații implicite care acompaniază discursul. Aceasta implică că psihologul să fie atent nu doar la ce anume spune subiectul, ci și la cum spune și când spune ceea ce spune.

Interviul non-directiv oferă cadrul adecvat de manifestare spontană a unor lanțuri asociative, care exprimă subiectul în unicitatea sa și permit clinicianului să verifice ipoteze pertinente în scopul înțelegerii lui.

- **interviul semi-directiv.** Acest tip de interviu are la bază un ghid, care cuprinde principalele teme ce vor fi explorate împreună cu subiectul. Întrebările nu vor fi adresate într-o manieră strict ordonată, ci în momentul considerat oportun și în cazul în care subiectul nu a atins tema urmărită.

Interviurile care au ca scop diagnosticarea dar și interviurile terapeutice au această structură: în cadrul temelor pe care le propune psihologul, subiectul are libertatea de a-și exprima gândurile, stările emoționale precum și experiențele de viață.

- **interviul directiv** este folosit în cadrul psihologiei clinice pentru completarea informațiilor obținute cu ajutorul altor metode. În acest tip de interviu, în care subiectul răspunde la un set de întrebări strict ordonate implicarea personală este minimă. În această categorie pot fi incluse interviurile clinice, standardizate cu scop diagnostic utilizate de psihiatri și de psihologi.

Conform lui Wiens, 1990 Kaplan & Sadock, 1994 ghidul unui interviu clinic semistrukturat cuprinde următoarele teme:

a. Date de identificare: nume, prenume, sex, vârstă, adresă, loc de muncă, profesie, status marital, internări în spital sau consultații clinice anterioare.

b. Motivul internării: problema care a determinat solicitarea consultației. Pentru a se evita interferența informației pacientului cu interpretările clinicianului este preferabil ca toate acuzele să fie notate utilizând cuvintele pacientului.

c. Istoria bolii actuale. Această parte a interviului prezintă cronologic evenimentele care au condus la solicitarea autorului. Este bine să fie notate următoarele date: factorii participanți care au determinat evenimentul prezent, împrejurările în care au început simptomele, durata și intensitatea lor, simptomele cu efectele invalidante cele mai grave, modul în care a afectat boala viața socială, profesională, familială a bolnavului precum și atitudinea bolnavului față de boala sa, nivelul anxietății și felul în care și-o controlează.

d. Boli anterioare. Această parte a interviului redă informații referitoare la problemele psihiatrice și somatice anterioare. Sunt consemnate cronologic: simptomele pacientului, gravitatea incapacității provocate de acestea, tratamentul urmat, numele spitalelor unde a fost internat, durata fiecărei boli, efecte ale tratamentelor anterioare. Foarte importante sunt informațiile referitoare la eventualele traumatisme cranio-cerebrale, consumul de droguri și alcool.

e. Anamneza sau istoria personală, este axată în principal pe etapele majore ale dezvoltării: perioada pre și perinatală, copilăria, adolescența, perioada adultă. Se vor nota conflictele, factorii de stres, suferințe etc. și probleme specifice fiecărei vârste. Astfel pot fi menționate informații despre părinții și alți membrii ai familiei,

antecedente heredocolaterale de ordin somatic și psihopatologic, experiențe și evenimente deosebite referitoare la dezvoltarea infantilă, sexualitatea, evoluția școlară și profesională, experiențele sociale, militare și legale importante.

f. Examinarea statusului mental se realizează pe mai multe niveluri și anume:

- descrierea generală: impresia generală, comportament și activități psiho-motorii, atitudinea față de clinician;
- dispoziție, stări afective și gradul de adecvare ale acestora la situație;
- vorbire;
- tulburări perceptiv;
- gândire-procese, forme, conținuturi;
- procesele senzoriale și cognitive: ritmul și nivelul conștiinței, orientarea spațio-temporală, memorie, concentrare, gândire abstractă, nivel informațional și inteligență.
- capacitatea de autocontrol;
- coerență, claritate, spirit critic.

Aceste teme sunt abordate flexibil de către clinician, în funcție de desfășurarea practică a interacțiunii verbale, respectând totuși o logică anumită a raționamentului diagnostic.

Ghidul prezentat este folosit chiar și pentru redactarea raportului cu privire la pacientul examinat.

2.1.2. Tehnici pentru îmbunătățirea eficienței diagnosticului și interviului clinic (Psychologist's Desk References – 1998, apud McMahon, 2002)

În interviuarea pacientului o nuanță deosebită apare odată cu alegerea cuvintelor. Cuvintele sunt însoțite de obicei, de reminiscențe de ambiguitate care pot duce la interpretări diferite de cel scontate și

deci la stabilirea eronată a unui diagnostic. În ciuda acestor potențiale probleme, interviul este una din cele mai comune și puternice modalități de comunicare. În continuare vor fi prezentate câteva tehnici necesare optimizării interviului clinic:

1. Pregătirea pentru interviul inițial

Înainte de prima întâlnire cu pacientul este recomandabil să se verifice cu atenție dosarul acestuia, situație care duce la evitarea unor stări tensionale în care pacientului i se cer date cuprinse în acesta. Un accent deosebit trebuie pus pe eventualele probleme ale pacientului: dependența clinică, tulburări de atenție sau depresie.

2. Determinarea scopului interviului

Psihologul trebuie să-și stabilească foarte clar scopul și informațiile țină, urmărite în discuție. Obiectivele pot urmări: punerea unui diagnostic, stabilirea tratamentului, începerea psihoterapiei sau toate trei.

3. Clarificarea parametrilor interviului

Pacientului i se prezintă modul în care va evolua interviul, explicându-i-se rolul major pe care îl joacă timpul, atât pentru el cât și pentru psiholog. De asemenea, este de folos să i se spună care sunt limitele confidențialității discuției, felul întrebărilor care i se vor pune precum și posibilitatea consultării cu alți specialiști în domeniu.

4. Conceptualizarea interviului ca "o muncă în doi"

Însăși etimologia cuvântului diagnoză denotă un sens relațional: *assidere* = a sta lângă. Imaginea aceasta implică muncă în echipă, discuții, realizări, progrese comune.

5. Ascultarea cu atenție și interes a pacientului

Înlăturarea efectului de dezirabilitate socială, care e foarte posibil să apară la pacient. Clientul trebuie încurajat să povestească în cuvinte proprii întâmplările sale. Este extrem de important să i se acorde atenție pacientului.

6. Structura interviului

Interviurile structurate sporesc validitatea diagnosticului. Ele includ interviul clinic structurat pentru DSM IV.

7. Utilizarea unor termeni concreți

Pacienții tind să descrie vag anumite stări și de aceea trebuie să li se ceară informații concrete. Apelând la întrebări precum: "Poți să îmi dai un exemplu?" "Ce simți când ți se întâmplă așa ceva?" "Spune-mi cum decurge o zi normală pentru tine?". De asemenea să se ia în considerare trei dimensiuni: frecvența, durata și intensitatea.

8. Combinarea interviului

Înțelegerea mai bună a stării pacientului se face prin consultarea datelor culese de la teste, situații observate, mărturisiri ale membrilor familiei, etc.

9. Identificarea antecedentelor și consecințelor devierilor comportamentale

În studierea antecedentelor se urmărește cunoașterea condițiilor în care s-a declanșat comportamentul, a conjuncturii care a dus la manifestarea acestuia. Să se ia în considerare șase surse declanșatoare: *afectivă*, *somatică*, *comportamentală*, *cognitivă*, *relațională*.

10. Distingerea între aptitudini și motivație

Una dintre cele mai frecvente greșeli este aceea de a confunda aptitudinile clientului cu motivația. Este bine să te întrebi dacă persoana este capabilă să ducă la bun sfârșit sarcina, adică dispune de priceperile și deprinderile necesare sau e vorba de lipsă de motivație. Aptitudinile și motivația au implicații clinice diferite, de aceea este necesară delimitarea clară.

11. Stabilirea unui etalon de comportamente

Adică acele comportamente caracteristice ce însoțesc o deviere. De exemplu, în cazul unui pacient suicidal. Datele pot fi culese prin consultarea dosarelor pacienților anteriori.

12. Evitarea unor pattern-uri de expectanțe

Așteptările noastre influențează atât culegerea informațiilor cât și perceperea stării clientului.

13. Utilizarea unor strategii de infirmare a diagnosticului

Pentru a spori eficiența diagnosticului este bine să se folosească strategii de infirmare a acestuia. Astfel, dacă eticheta noastră este cea de schizofrenie, este bine să căutăm acele informații care infirmă decizia și nu pe cele care o confirmă.

14. Evitarea erorii fundamentale de atribuire

Aceasta se întâmplă când psihologul examinator nu ia în considerare factorii de mediu, influențele externe, ale comportamentului. Prin urmare atribuie problema unor factori interni, psihici: Utilizarea unei Scale de evaluare multiaxiale, în special Axa IV (Probleme psihosociale și de mediu) reduce apariția acestei erori de atribuire.

15. Combinarea datelor statistice de la testări cu cele de la interviu

Interviul simplu este unul dintre cele mai puțin precise metode de investigare. Datele acestuia trebuie combinate cu cele statistice desprinse din aplicare unor teste.

16. Să nu se pună un diagnostic în timpul ședinței interviului

Este importantă amânarea luării unei decizii de diagnoză până după încheierea ședinței de interviu. În acest fel psihologul este mai puțin influențabil în urmărirea aspectelor prezentate de pacient.

17. Alternative

Pentru a evita erorile de diagnosticare se recomandă formularea de concluzii alternative. Dacă aceste alternative nu pot fi formulate este bine să se ceară părerea altor colegi specialiști din domeniu.

18. Stabilirea duratei ședinței

Clinicianul trebuie să anticipeze terminarea ședinței cu cel puțin 5-10 minute înainte de final. Câteva din frazele folosite sunt: "Ți-am pus o mulțime de întrebări, tu ai ceva să mă întrebi?" "Este ceva important despre care nu am reușit să vorbim, sau măcar să amintim în discuție, acum la final?".

2.2. Testarea clinică

Testele psihologice relevă atât structura personalității individului, dezadaptarea și comportamentul său simptomatic dar și potențialul acestuia.

Testele psihologice reprezintă cea mai bună, cea mai corectă și cea mai precisă tehnologie disponibilă pentru a lua decizii importante asupra indivizilor (Murphy și Davidshofer apud Albu, 1998).

Testarea reprezintă doar o etapă din procesul de investigare a individului pe lângă interviul clinic, iar scorurile obținute nu constituie rezultatul final al evaluării clinice. Pentru efectuarea unui examen psihologic complet și eficient trebuie integrate toate rezultatele și informațiile obținute prin intermediul modalităților de evaluare: observația și interviul clinic precum și testele utilizate.

Un examen psihodiagnostic nu poate evalua complexitatea fenomenelor psihice cu ajutorul unui singur test, oricât de bine alcătuit ar fi acesta, ci este necesar utilizarea mai multor teste selecționate cu atenție în funcție de scopul urmărit și de strategia adoptată.

Interpretarea rezultatelor se face doar de persoane cu o pregătire specială în domeniul psihologiei.

Psihodiagnosticul clinic reprezintă aplicarea metodelor psihodiagnostice în clinică și adaptarea acestora la problemele specifice domeniului.

M.Harrower, (apud Ionescu, 1985), stabilește o listă cu zece cerințe cărora trebuie să le răspundă psihodiagnosticul clinic: depistarea factorilor etiologici; diferențierea tulburărilor organice de tulburările funcționale; definirea reacțiilor propriu organismului la o boală; estimarea gradului de handicapare condiționat de factorii organici și de factorii funcționali; evaluarea amplitudinii sau intensității procesului morbid în raport cu date cantificabile privind tipul sau gradul de gravitate; stabilirea unui prognostic și estimarea probabilității succesului terapeutic; stabilirea unei baze obiective pentru indicarea unor măsuri terapeutice specializate; pregătirea unei

baze obiective pentru discuții referitoare la istoricul bolii, cu bolnavul și cu familia; asigurarea unei baze științifice pentru clasificarea și analiza statistică a datelor; formularea unei ipoteze dinamice care să poată susține o explicație a succesului terapeutic, ținând cont de natura procesului morbid și de patogenie.

2.2.1. Probe pentru evaluarea funcțiilor cognitive

Testarea inteligenței

Kulcsar, 1980 susține că există două criterii importante în explicarea naturii psihologice a intelectului uman: cel funcțional și cel structural. Din punct de vedere funcțional, inteligența se poate defini ca aptitudine generală orientată spre adaptarea la situații problematice noi.

Din punct de vedere structural, realizarea conduitei inteligente presupune convergența proceselor și funcțiilor psihice – spirit de observație, memorie, atenție, imaginație care formează o structură cognitivă unitară, dinamică și particulară.

Matrici Progresive Raven (MPR)

Există trei forme MPR

Matrici Progresive Standard (MPS)

Matrici Progresive Color (MPC)

Matrici Progresive Avansate (MPA)

Matrici Progresive Standard – este orientată spre o categorie generală de subiecți, de la cei cu performanțe joase până la cei cu performanțe superioare, adulți și vârstnici. M.P.Color și M.P.Avansate s-au constituit ulterior din varianta standard.

M.P.S. cuprinde cinci serii: A,B,C,D,E a câte 12 itemi: Fiecărei serii

fi corespunde o anumită categorie de itemi:

Seria A – stabilirea de relații în structura matricii

Seria B – analogii între perechile de figuri ale matricii

Seria C – schimbări progresive în figura matricii

Seria D – regrupări de figuri în interiorul matricii

Seria E – Descompuneri în elemente ale figurii matricii.

Fiecare serie începe cu un item simplu a cărui rezolvare este cât se poate de evidentă. Itemii care urmează se bazează pe procesele implicate în rezolvarea celor anterioare, dar progresiv gradul de dificultate crește.

MPS este realizat într-un timp mediu de 40-50 de minute, iar la subiecții sub 30 de ani ritmul de rezolvare e mai rapid de 30-45 minute. Acest test poate fi aplicat de la 8 ani.

Matrici Progresive Color - sunt destinate evaluării inteligenței la copii mici, sub 11 ani, persoane în vârstă și în scopuri clinice. MPC este format din trei serii de itemi (A, Ab, B), fiecare serie fiind alcătuită din 12 itemi.

Seriile A și B sunt identice cu cele din varianta MPS cu diferența că în varianta MPC ele sunt prezentate pe un fond colorat. Maniera colorată de prezentare a testului captează atenția, acesta devine spontan mai interesant. Între seturile A și B a fost introdus un set nou de probleme Ab – acesta a fost astfel proiectat încât să investigheze cu precizie procesele intelectuale ale copiilor, persoanelor retardate mintal și a vârstnicilor.

Performanța pe setul Ab depinde de capacitatea subiectului de completare a unor patter-nuri continue și care se complică treptat. În cazul setului Ab succesul depinde de capacitatea subiectului de a vedea figurile discrete ca întreguri spațiale și să aleagă acele figuri care completează desenul.

Pe baza studiilor experimentale, Raven identifică cinci stadii

necesare rezolvării MPC:

- copilul e capabil să distingă figurile identice de cele diferite iar apoi cele similare de cele nesimilare;
- copilul e capabil de a aprecia corect orientarea figurilor atât în raport cu propria sa persoană cât și față de obiectul din câmpul perceptiv;
- copilul e capabil de perceperea întregului;
- copilul e capabil să analizeze elementele caracteristice întregului perceput și să facă distincție între ceea ce este inclus în matrice și ceea ce trebuie să găsească el însuși;
- copilul e capabil să compare schimbările similare în caracteristicile percepute și să adopte analogia ca modalitate de raționament.

MPC e destinat să evalueze claritatea capacității de observare precum și nivelul dezvoltării intelectuale a copilului.

Matrici Progresive Avansate – e destinat examinării subiecților cu nivel educațional superior ale căror scoruri se situează printre primele 25 % din populație. MPA evaluează imediat și precis rapiditatea cu care operează funcțiile intelectuale.

Setul 1 al MPA conține 12 probleme și e utilizat ca mijloc de instruire ilustrând metoda de lucru cu MPS. El poate fi utilizat cu restricție de timp sau cu un timp nelimitat. Setul 1 poate fi urmat imediat de setul 2 care conține 26 probleme aranjate într-o ordine crescătoare de dificultate.

Scalele de inteligență Wechsler

După Wechsler (1939) apud. Groth-Marnat (1990) inteligența este capacitatea individului de a acționa eficient, de a gândi rațional și de a se confrunta adaptativ la mediu. El susține, că inteligența nu poate fi evaluată decât printr-o serie de probe complexe care fac apel

la raționament, la memorie, punând în joc o serie de aptitudini elementare. Concepția autorului este aceea că inteligența este mai degrabă rezultatul unor îmbinări de aptitudini decât o aptitudine luată separat, ea putându-se manifesta printr-o diversitate de activități.

Astfel, Wechsler consideră că evaluarea inteligenței trebuie să conțină sarcini cât mai variate. El a abandonat conceptul de vârstă mentală (VM) și ideea de a raporta fiecare individ la rangul în care acesta se încadrează în eșantionul de subiecți având aceeași vârstă cronologică (VC). El înlocuiește vechea formulă $IQ = VM / VC \times 100$ cu o formulă nouă: $IQ = \text{scorul obținut} / \text{media scorului așteptat pentru vârsta respectivă} \times 100$.

Această nouă formulă s-a bazat pe presupunerea că IQ – ul rămâne constant pentru o anumită categorie de vârstă la persoanele normale, chiar dacă aptitudinile intelectuale brute se pot modifica sau chiar deteriora. Această concepție a lui D. Wechsler, IQ-ul constant, caracterizează principiul constructiv al scalelor Wechsler.

În structura acestei scale au fost cuprinse cinci subscale verbale și șase subscale de performanță. Subscalele verbale sunt destinate a evalua capacitatea de a lucra cu simboluri verbale, fiind un indicator al abilităților verbale comprehensive ale persoanei – CI verbal – (își au originea în testul Stanford-Binet, 1937). Cele șase subscale de performanță oferă o estimare a abilităților de organizare perceptivă a persoanei – CI de performanță – (pentru construirea lor au fost luate ca model alte probe care evaluau diverse aspecte ale funcționării cognitive). În cazul în care există o discrepanță semnificativă între CI verbal și CI de performanță este nevoie de depistarea cauzei acesteia.

Scalele Wechsler care evaluează inteligența la adulți sunt cunoscute sub denumirea de WAIS și cele care evaluează inteligența la copii (6-16 ani) sunt cunoscute sub denumirea de WISC.

Evaluarea percepției

Acest factor are o importanță mare în clinică deoarece tulburările la nivelul de percepere și reproducere corectă a unor forme reprezintă indicii prețioase în diagnosticul organicității unor tulburări psihice.

Testul Bender

Proba Bender este folosită în principal pentru a detecta prezența leziunilor cerebrale. Pe lângă această funcție primară, testul Bender este utilizat de către specialiști și pentru evaluarea nivelului de pregătire pentru școală al copiilor, predicția reușitei școlare, diagnosticarea problemelor de învățare și citire (la copii), evaluarea dificultăților emoționale, studierea întârzierilor în dezvoltare precum și ca test de inteligență nonverbală.

Testul este alcătuit din 9 planșe cu diferite figuri, care sunt prezentate subiectului într-o ordine succesivă. Acesta este rugat să copieze figurile prezentate pe planșe pe o foaie de hârtie (format A4). Figurile copiate sunt apoi cotate de către examinatori în funcție de gradul de similaritate al acestora cu originalul și integrarea generală a lor în pagină. Menționăm faptul că figurile nu au un corespondent în realitate, prin urmare, ele sunt necunoscute subiectului.

S-au propus mai multe sisteme de cotare a protocoalelor Bender. Cele mai cunoscute și frecvent utilizate sunt următoarele: Sistemul propus de Pascal și Suttell în 1951 – autorii consideră că modul în care subiectul abordează sarcina de test la proba Bender reflectă modul general în care acesta abordează mediul său înconjurător. Astfel, cu cât o persoană e mai adaptată la mediu cu atât răspunsurile sale la test – desenele – vor fi mai fidele originalului și integrate în pagină. Contrar acestora, indivizii care nu dispun de capacități de integrare sau care dispun de o adaptare emoțională slabă vor obține rezultate scăzute.

Acest sistem de cotare este foarte eficient, însă este costisitor în timp și foarte complex.

Sistemul propus de Hutt în 1960 – acesta propune un sistem de cotare și interpretare care se bazează pe principii psihanalitice. El este interesat de utilizarea testului Bender ca test proiectiv de investigare a personalității.

În ciuda acestor limite, proba Bender rămâne un instrument extrem de popular (este al 4-lea cel mai frecvent utilizat test), ușor de administrat și eficient, mai ales atunci când este utilizat un sistem de cotare și interpretare obiectiv și validat empiric.

Testul Frostig

Testul Frostig, elaborat de M.Frostig, evaluează funcția perceptivă pe baza a cinci factori:

- coordonarea ochi-mână
- obiectul și fondul percepției
- constanța formei
- poziția spațială
- relațiile spațiale

Așa cum se poate observa, Frostig realizează o analiză pe componente ale funcției perceptiv-motrice, analiză care va permite o formulare mult mai precisă, atât a nivelului de dezvoltare a funcției perceptivă cât și o intervenție mult mai eficientă în scopul corectării deficiențelor observate. În scopul evaluării acestor factori, M.Frostig elaborează un test care poate fi aplicat copiilor cu vârsta cuprinsă între 4 și 8 ani. Testul poate fi aplicat individual sau colectiv.

Pe baza celor 5 subteste ale probei Frostig pot fi calculați doi coeficienți: vârsta perceptivă și coeficientul perceptiv. Vârsta perceptivă ne indică în ani nivelul dezvoltării funcției perceptivă.

Astfel, punctajul brut obținut la fiecare dintre cele 5 subteste îi corespunde o anumită vârstă perceptivă care poate să fie în concordanță sau nu cu vârsta cronologică a copilului.

Teste de reprezentare spațială

Acest factor este măsurat printr-o serie de probe care au ca obiectiv efectuarea unor operații de translație sau răsturnare în vederea stabilirii identității a două forme (metoda Slater) sau pentru indicarea unor figuri care prin asamblare să fie potrivite pentru a umple lacunele dintr-un desen (T.Friederich, apud Ionescu, 1985).

Testul care evaluează capacitatea de reprezentare spațială este cel care constă în numărarea unor cuburi (S Beta) sau cărămizi (Thurstone) privite din perspectivă.

Testarea memoriei

În clinică cel mai frecvent se urmăresc cele trei tipuri de memorie : imediată, recentă și a evenimentelor îndepărtate.

Memoria imediată este cea care răspunde la recunoașterea sau reproducerea unui conținut la mai puțin de zece secunde de la prezentarea lui și apare perturbată la bolnavii cu leziuni cerebrale. Tulburările memoriei recente, care se referă la intervale de peste zece secunde, se întâlnesc la bolnavii cu sindrom Korsakov. Memoria evenimentelor îndepărtate este perturbată în special la bolnavii care prezintă stări dementiale sau traumatisme cranio-cerebrale (Ionescu, 1985).

Testul Rey Figură Complexă

Proba "Rey Figură Complexă" a fost propusă de Andre M.Rey în anul 1941. Rey publică în *Archives de Psychologie* un articol cu titlul *Examenul Psihologic al Encefalopatiei Traumice*,

articol în care propune proba figurii complexe ca metodă de diagnostic diferențial între deficiența mintală constituțională și deficiența determinată ca urmare a traumatismelor cranio-cerebrale.

Proba se aplică în două faze: o fază de copiere și o fază de reproducere. Într-o primă fază a testului se încearcă stabilirea nivelului dezvoltării operațiilor mintale ale individului cu ajutorul unei sarcini în care procesele mnezice nu intervin deloc. Se încearcă astfel surprinderea modalității în care subiectul analizează și integrează datele perceptive care îi sunt furnizate, mai precis maniera în care acest fapt se reflectă în copierea lor. Într-o a doua fază a testului se evaluează ceea ce a fost memorat de subiect în urma analizei perceptive, adică cât anume reușește subiectul să redea din memorie din datele pe care anterior le-a integrat perceptiv în desen. Productivitatea mnezică este în mare parte rezultatul structurării perceptive anterioare; se poate astfel studia care este relația între ștategia de copiere a figurii și performanța mnezică la redarea ei.

Testul figurii complexe constă dintr-un model grafic care nu are nici un corespondent real, el constând dintr-un ansamblu de elemente grafice simple. Din punct de vedere al structurii, nu elementele grafice sunt cele care sunt dificile, ci modul lor de relaționare.

Figura are la bază un dreptunghi pe baza căruia sunt construite apoi celelalte elemente, dreptunghiul constituie deci elementul de bază al structurării ansamblului. Pornind de la acest cadran central, sunt structurate atât în interior cât și în exterior o serie de elemente grafice ca și: pătrate, dreptunghiuri, cercuri, linii, romburi, puncte, etc. Ceea ce rezultă este o structură complexă.

Analiza rezultatelor se face în două etape: prima vizează analiza modului în care subiectul a copiat modelul și are ca prim scop analiza structurării perceptive, a modului în care subiectul este

capabil să organizeze perceptiv un ansamblu perceptiv complex, iar ce-a de a doua vizează analiza modului în care subiectul a reprodus din memorie figura complexă. Proba ne oferă astfel (în prima fază) informații legate de activitatea perceptivă precum și informații legate de memoria vizuală (în ce-a de a doua fază).

Testul Rey Verbal

Rey elaborează o metodică de cercetare a particularităților memoriei verbale imediate, care permite o analiză în desfășurarea lui. Rezultatele obținute cu proba elaborată de A. Rey nu se reduc la constatarea reușitei ci scot în evidență determinantele psihice, care intervin în nereușită.

Rey stabilește etaloanele pentru normalii de diferite vârste și nivele culturale. În același timp, el evidențiază o serie de manifestări simptomatice, privind volumul și fidelitatea atât a reproducerilor, cât și a recunoașterilor, a comportamentului motor și verbal, care în ansamblu dau un tablou mai mult sau mai puțin tipic pentru întârziării mintali, pentru epileptici, psihopați, instabili și copii cu dificultăți școlare.

Proba se desfășoară în șase faze, primele cinci urmând memorarea unei serii de 15 cuvinte în cinci repetiții, iar cea de a șasea urmărind capacitatea de recunoaștere dintr-un text a cuvintelor memorate în fazele anterioare.

Rey a întocmit pentru fazele de memorare 4 liste de cuvinte iar pentru faza de recunoaștere mici texte în care sunt incluse cuvintele din cadrul listelor prezentate spre memorare. Materialul verbal utilizat prezintă dificultăți identice dar s-au alcătuit mai multe variante cu scopul de a putea utiliza o altă listă de cuvinte sau texte în cazul necesității sau reexaminării.

2.2.2. Probe pentru investigarea personalității

Istoricul chestionarelor de personalitate începe în 1917 cu P.D.S. (Personal Data Sheet) a lui Woodworth, a cărui variantă modernă, cunoscută sub denumirea de W.M. (Woodworth-Matthews) este des utilizată și astăzi. Un alt test folosit în clinică este testul 16 PF – testul celor 16 factori de personalitate a lui Cattell; scale de anxietate: Taylor, STAI – trăsătură și stare; scale pentru depresie: Beck, Hamilton; chestionarele de personalitate Eysenck – EPI, etc.

Cel mai complex chestionar îl reprezintă M.M.P.I. –ul (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) al lui Hathaway și McKinley (1951). Acest chestionar de personalitate, realizat de un psiholog și un psihiatru, are drept scop a fi un sprijin în diagnosticul clinic, și să “evalueze trăsăturile care sunt caracteristici comune ale anormalității psihologice” (Hathaway și McKinley, 1951 apud Minulescu, 1996).

Pentru prelucrarea și interpretarea rezultatelor, testul are patru scale de validitate și zece scale clinice. Scalele de validitate sunt folosite pentru a verifica atitudinea subiectului față de text, sinceritatea și gradul de înțelegere a conținutului itemilor. În situația în care apar distorsiuni ale răspunsurilor, scalele de validitate le indică gradul și tipul.

Scale de validare

Autorii au construit patru scale de validare: “nu pot să spun”, “L”, “F”, “K”. Primele trei sunt de obicei utilizate pentru o evaluare globală a înregistrărilor la probă; dacă scorurile trec de o valoare maxim admisă, înregistrările pot fi suspectate. Scala “K” are funcția unei “variabile de normalizare” calculată pentru a permite o corecție a scorurilor clinice. MMPI-2 cuprinde încă două scale noi de validare: VRIN și TRIN (acestea sunt experimentale).

Scala “Nu pot să spun”

Scorul scalei “nu pot să spun” rezultă din numărul de itemi omiși (la care subiectul a răspuns “Nu știu”). Acesta poate reflecta încercări de a evita afirmarea lucrurilor nedorite fără a minți direct. Când scorul e foarte ridicat, rezultatele întregului test nu sunt valide. Moderat ridicat semnifică o subevaluare a ansamblului profilului. Psihastenicii și melancolicii (unii) obțin în general rezultate relativ ridicate.

Scala “L” – minciună

Scala “L” a fost realizată pentru detectarea unei încercări deliberate, și mai degrabă nesofisticate din partea subiecților, de a se prezenta ei înșiși într-o lumină favorabilă. Deci, un scor ridicat indică o tendință de prezentare sub o lumină favorabilă care influențează răspunsurile la test. Acest lucru conduce la o probabilă subapreciere a notelor patologice.

Scala “F”

La origine, scala a fost dezvoltată pentru a detecta moduri deviante sau antipatice de a răspunde la itemi. Scala “F” servește 3 importante funcții:

- este un index al atitudinii față de test și este folosită în detectarea seturilor de răspuns deviante;
- deși nu se poate exclude profilul invalidității, scala F este un indicator credibil al gradului de psihopatologie, scoruri mari sugerând psihopatologie mai mare;
- scoruri pe scala F pot fi folosite pentru a genera inferențe privind alte caracteristici și comportamente în afara testului.

Persoane care obțin scoruri înalte la această scală s-ar putea să fi răspuns într-un mod aleatoriu.

Scala “K”

Scala a fost dezvoltată pentru a descoperi încercările subiecților de

a nega psihopatologia, de a se prezenta într-o lumină favorabilă sau dimpotrivă, de a exagera psihopatologia și de a încerca să apară într-o lumină foarte nefavorabilă. Nota K are o semnificație în sine: scorul ridicat este un prognostic bun pentru un bolnav mental, indicând capacitatea relativă a subiectului de a-și rezolva propriile probleme (Minulescu, 1996).

Scala VRIN

Aceasta măsoară inconsistența răspunsurilor subiectului. Dacă scorul T pe scala F este mai mare decât 100 și scorul T pe scala VRIN este mai mare decât 80 avem de a face cu un răspuns aleatoriu.

Scala TRTIN

Această scală este destinată evaluării tendinței subiectului de a aproba orice item. Scoruri T pe scala TRTIN mai mari decât 80 (în direcția falsă) indică înclinare spre răspunsul fals care invalidează protocolul.

Semnificația scalelor clinice

Scala 1 Ipohondrie (Hs)

Scala 1 a fost inițial dezvoltată pentru a identifica pacienții care manifestă un model simptomatic asociat cu un nivel de ipohondrie. Simptomele au fost caracterizate în termeni clinici prin preocuparea asupra corpului concomitent cu frica de îmbolnăvire.

Scala 2 Depresie (D)

Scala 2 a fost inițial dezvoltată pentru evaluarea depresiei simptomatice. Caracteristicile primare ale depresiei simptomatice sunt: moralul scăzut, lipsa speranței în viitor și insatisfacția generală privind viața.

Scala 2 pare să fie un indicator excelent al disconfortului și insatisfacției în problemele vieții.

Scala 2 detectează de asemenea și subiecții deprimați dar

capabili să-și ascundă simptomele depressive, având idei active de sinucidere. Scorul se ridică imediat ce în simptomatologie există o notă depresivă sau anxioasă care este egal sensibilă și la efectele terapiei și coboară rapid atunci când bolnavul se ameliorează clinic, însă este ridicat într-un număr mare de stări nevrotice sau psihotice (Minulescu, 1996).

Scala 3 Isterie (Hy)

Scala 3 a fost dezvoltată pentru a identifica pacienții care au reacții isterice în condiții de stres. Sindromul isteric este caracterizat de lipotimii involuntare psihogenice sau afecțiuni funcționale.

Scala 4 Deviație Psihopată (Pd)

Scala 4 a fost dezvoltată pentru identificarea pacienților diagnosticați ca personalități psihopatice de tip asocial sau amoral. Un mod de conceptualizare a ceea ce evaluează scala 4 este să ne gândim la ea ca o măsură a rebeliunii, scoruri mari indicând rebeliune și scoruri mai joase acceptarea autorității și a status quo-ului. Cei cu scoruri mari se revoltă acționând antisocial și criminal, cei cu scoruri moderate își pot exprima revolta în moduri mai acceptabile social și cei cu scoruri joase pot fi extrem de convenționali și acceptă autoritatea.

Scala Pd este mai mult o scală de caracter decât simptomatologică; ea nu indică doar prezența conduitei psihopate ci și posibilitatea acesteia de a apărea.

Scala 5 Masculinitate / Feminitate (Mf)

Scala 5 a fost dezvoltată pentru identificarea persoanelor de sex masculin inversați homosexuali. Autorii testului au identificat un număr foarte mic de itemi care au diferențiat homosexualii de heterosexuali. Autorii au încercat fără succes să dezvolte o scală corespunzătoare pentru identificarea inversiei sexuale la femei. Experiența arată că nota de la această scală este în corelație cu

intelența. Scala are însă o relativă valoare diagnostică pentru aspectele patologice (Minulescu, 1996).

Scala 6 Paranoia (Pa)

Scala 6 a fost dezvoltată original pentru identificarea pacienților care prezintă simptome paranoide ca: idee de referință, sentimente de persecuție, autoconcepție grandioasă, suspiciune, sensibilitate excesivă și opinii și atitudini rigide.

Scala 6 a fost validată pe un grup de bolnavi paranoici.

Orice subiect prezentând un Pa superior notei T 70 este suspect patologic; iar o notă superioară lui T 80 aduce certitudine (Minulescu, 1996).

Scala 7 Psihastenie (Pt)

Scala 7 a fost dezvoltată pentru a măsura modelul simptomatic general etichetat ca psihastenie. Persoanele diagnosticate ca psihastenice au gândirea caracterizată de îndoieli excesive, obsesii și temeri neraționale.

Scala 8 schizofrenie (Sc)

Scala 8 a fost dezvoltată pentru a identifica pacienții diagnosticați cu schizofrenie. Scala 8 a fost validată pe un grup eterogen de schizofrenie cuprinzând demența precocă, diagnosticul de schizofrenie pseudo-nevrotică, hebefreno-catatonie, precum și schizofrenie paranoidă. Autorii admit faptul că permite depistarea a 60 % din schizofrenii. Sunt numeroase cazurile în care scorul poate fi ridicat fără a fi vorba de o schizofrenie, de exemplu în anumite nevroze grave sau la unii subiecți cu o puternică introversie. Cu cât nota Sc este mai ridicată cu atât prognosticul este mai bun (Minulescu, 1996).

Scorul este strâns legat de Pt., dacă cele două note sunt ridicate, iar dacă Pt este mult mai ridicat decât Sc atunci diagnosticul va fi probabil de nevroză. Autorii testului insistă asupra prudenței în

interpretarea notelor ridicate la această scală (Minulescu, 1996).

Scala 9 Hipomanie (Ma)

Scala 9 a fost dezvoltată pentru identificarea pacienților manifestând simptome hipomanice. Este caracterizată de capriciozitate, vorbire accelerată și activitate motorie, iritabilitate, fugă de idei și scurte perioade de depresie. Scorurile sunt în legătură cu vârsta și rasa. Scala 9 poate fi văzută ca o măsură a energiei psihice și fizice, cei cu scoruri mari având energie excesivă.

Scala 0 Introversie socială (Si)

Scala 0 a fost desemnată să evalueze tendința unui subiect de a se retrage de la contacte sociale și responsabilități. Scala 0 nu este una clinică, ea putându-se aplica și pe normali fiind construită prin discriminarea între un lot de studenți care se angajează în puține activități extracurriculare și un lot cu caracteristici opuse. Scorurile ridicate indică tendința de a evita contactele sociale.

Scala Puterii Eu-lui

Puterea Eu-lui este competența prin care subiectul uman se împacă cu propriile sale impulsuri și cu mediul înconjurător pentru a atinge un scop. Scala puterii Eu-lui evaluează măsura în care individul poate beneficia de psihoterapie, aceasta permițând detectarea diferitelor puncte puternice sau slabe ale subiectului.

Scoruri înalte obținute la scala de evaluare a puterii Eu-lui indică următoarele caracteristici: toleranță la stres ridicată, încredere în sine, inteligență, sociabilitate, competențe sociale. Cei cu scoruri scăzute sunt considerați ca având o stimă de sine scăzută, se simt neajutorați, sunt adesea neadaptați și manifestă comportamente stereotipe, cer ajutor. (Butcher, 1990).

2.3. Principii cheie în evaluarea terapeutică

Termenul "psihoterapie" a apărut și a fost consacrat în Franța, odată cu studiul lui H. Bernheim, "Hipnotism, Sugestie, Psihoterapie" (1981). Referindu-se la psihoterapie, St. Zweig vorbea de "vindecarea spiritului prin spirit", iar J.M. Choarcot o explica simplu "pentru boala psihică, tratament psihic". Astfel spus, psihoterapia are două mari scopuri considerate fundamentale: rezolvarea conflictului intrapsihic și adaptarea la realitatea curentă.

Orice psihoterapie are o fază inițială concretizată în evaluarea terapeutică, după care urmează terapia propriu-zisă. Inițierea psihoterapiei prezintă anumite dificultăți, care se întâlnesc deseori și la încheierea ei.

"Faza inițială a psihoterapiei este mai haotică decât tot ceea ce urmează" (Freidman, 1975). În faza inițială psihoterapeutul "încearcă să portretizeze în mod empatic pacientul și lumea sa interioară, forțele și slăbiciunile sale, laturile sale sănătoase ca și cele patologice" (Karasu, 1980). Totodată, terapeutul trebuie să identifice și semnificațiile latente, inconștiente, din relatarea pacientului și să încurajeze pacientul în exprimarea directă, a gândurilor și sentimentelor sale.

Această expunere și relatare de date despre istoria unui pacient se realizează pe baza unui chestionar sau inventar anamnezic, care e folosit drept ghid atât pentru pacient cât și pentru terapeut pentru a obține cât mai rapid un tablou comprehensiv al experiențelor trecute ale clientului, cât și a statusului curent al acestuia.

Arnold Allan a fost primul care a dezvoltat terapia bazată pe psihologia comportamentului și pe care a extins-o în terapie cognitiv-comportamentală și mai târziu în terapie multimodală. Terapia multimodală, după el, implică examinarea și tratarea a șapte

modalități sau parametri psihologici cum ar fi: *comportamentul, fiziologia, cogniția, relaționarea interpersonală, senzația, imageria și afectivitatea*. Acești parametri stau la baza inventarului anamnezic propus de A. Lazarus în "Wolpe and Lazarus" (1966), care a fost revizuit și îmbunătățit considerabil 5 ani mai târziu (Lazarus, 1971).

Cea mai nouă variantă a fost pregătită în colaborare cu Clifford N. Lazarus și apare în 1997 (Lazarus, 1997) numindu-se scum Inventarul Multimodal al Istoriei de Viață.

Acest inventar ajută la:

- * a încuraja clientul să se focalizeze pe problemele specifice, pe sursa lor și să genereze soluții;
- * a evidenția antecedentele, datele și informațiile relevante din istoria pacientului;
- * a genera o perspectivă asupra evoluției ulterioare a clientului, urmărind stilul acestuia cât și expectanțele din urma tratamentului.

Interviul îl ajută pe terapeut să înțeleagă problemele majore ale funcționării psihosociale a clientului. Odată încheiat, urmează să se formeze o relație pacient - terapeut bazată pe încredere, cu un anumit coeficient emoțional, în care clientul este încurajat să se exprime liber.

Pacienții vor fi sfătuiți să nu încerce să completeze tot inventarul odată, ci treptat, pe parcursul chiar a mai multor zile, pentru a evita tratarea superficială a itemilor datorită plictiselii. Pe baza inventarului, terapeutul va face însemnări privitoare la discuțiile ulterioare pe marginea celor relevate de client.

Trebuie observat modul în care pacientul privește terapia, expectanțele lui și în funcție de acestea vor fi tratați ca atare. Se va discuta privitor la anumite puncte din interviu, pe baza unor scale de la 1-5 intensitatea sau gradul în care subiectul percepe la sine

prezența unor calități, atribute sau gravitatea unor probleme. Pacientul va fi sfătuit de către terapeut să nu-și noteze numele, adresa sau alte date de identificare dacă aceștia nu doresc, pentru a-i determina să răspundă cât mai cinstit și complet. Inventarul oferă informații relevante.

În cadrul psihoterapiei, clinicianul favorizează și dezvoltă adaptarea curentă a pacientului, identificând și folosind elementele pozitive din viața și situația acestuia, respectiv, partea lipsită de conflicte a sinelui.

În cadrul terapiei sunt incluse acele metode și tehnici destinate să determine schimbări specifice în arta dispoziției, cogniției și comportamentului, susceptibile de observare clinică.

Dezvoltând boala în manieră singulară, particulară, pacientul trebuie să fie abordat individual, ca entitate unică. Peliser, 1988 afirmă că "psihoterapia nu este un proces neutru și nu este limitat la un tip particular de psihoterapie". Există câțiva indicatori care pot servi în alegerea metodelor și tehnicilor potrivite de către practicianul clinician. Instrumentele utilizate trebuie să acopere ariile de relaționare a pacientului. Aceste arii vizează statusurile subiective ale pacientului, funcționarea interpersonală (starea sa în relațiile intime) și statutul participării individuale, într-o comunitate (performanțele rolului social).

S-a demonstrat că există patru categorii terapeutice, acestea sunt: *evaluarea globală, descrierea simptomelor, observația comportamentului și alte surse de observație a stării fiziologie și instituționale a individului*. Spectrul de metode și tehnici psihoterapeutice este însă din ce în ce mai vast și diversificat "inventariindu-se peste 140 de forme prezumtive de psihoterapie practicate în mod curent" (Karasu, 1980), iar mai târziu numărul lor fiind estimat la 200 (J.Guyotat, 1986). Numărul lor de azi e mult mai

mare, dar măiestria terapeutului constă în a alege acele metode specifice cazului, urmărind în același timp costurile și beneficiile pe care acestea le implică. Se vor folosi apoi acele instrumente și metode care vor soluționa problema actuală a pacientului.

Situația este similară medicinei unde "se recomandă ca medicii clinicieni să urmeze regula generală de notare a tuturor diagnosticilor necesare pentru a acoperi tabloul clinic. Se va acorda precedență însă celui mai relevant diagnostic, respectiv diagnosticului tulburării care a dus la prezentarea subiectului la consultați (ICD - 10, 1998).

Această abordare diferențiată trebuie înțeleasă mai mult ca o tehnică terapeutică responsivă la nevoile clinicianului și a practicii clinice în general. Terapeutul trebuie să fie capabil să trateze problema din prisma diferitelor abordări și ideografii și să nu se limiteze la anumite standarde de tratare.

Decizia asupra metodelor și tehnicilor nu trebuie să aparțină pacientului, și nici chiar terapeutului, ea trebuie să derive din unitățile problemei expuse și analiza tendințelor propuse. Se vor folosi apoi scale standardizate de evaluare terapeutică și nu scale individualizate. Acestea vor putea dezvălui toate problemele posibile ale clientului și nu numai o problemă anume. Scalele standardizate se vor interpreta pe bază de comparație între scorurile obținute de un eșantion considerat a fi lipsit de probleme, deci etichetat "normal", și rezultatele obținute de pacient. Se poate observa astfel și gradul de abatere de la normalitate a pacientului. Utilizarea scalelor individualizate se face ca un supliment la scalele standardizate.

Statisticile metodologiei clinice se referă la încă două aspecte: gradul de abatere de la normal la disfuncțional și evaluarea scorului de reabilitare a pacientului. În funcție de acestea două se determină eficiența metodei utilizate de către terapeut. Astfel acestea

vor servi drept ghid pentru ceilalți clinicieni.

2.4. Manualul de Statistică și Diagnostic al Tulburărilor Mentale, ediția a IV-a (DSM - IV)

2.4.1. Prezentare generală

Au trecut cinci decenii de la apariția primului DSM (Manualul de Statistică și Diagnostic al Tulburărilor Mentale) și acesta, ajuns la ediția a IV-a, rămâne instrument clinic indispensabil, atât psihiatrului cât și psihologului. Cu toate că este un instrument construit de psihiatri, el rămâne indispensabil psihologului clinician, la fel de important precum testele și inventarele folosite de acesta (multe din aceste teste având la bază, de altfel, DSM-IV sau altă ediție a acestuia). Nici nu este de mirare, ținând cont că la realizarea DȘM-IV au participat peste 60 de comisii, sute de consilieri, sute de organizații interesate în sănătatea mintală, precum și faptul că deși este un instrument american, la realizarea lui au participat numeroși cercetători din Europa chiar și din România. În lumina acestei munci titanice depuse la realizarea DSM-IV, acesta apare ca unul dintre cele mai bine realizate instrumente științifice ale acestui secol. Trebuie ținut cont în istoria DSM de legătura dintre acesta și CIM (Clasificarea Internațională a Maladiilor), instrumentul european paralel, DSM-IV corespunzându-i în clasificarea europeană, CIM-10, un instrument la fel de bine pus la punct ca și DSM, dar poate nu la fel de popular.

În DSM-IV fiecare tulburare mentală este conceptualizată ca un sindrom sau pattern comportamental sau psihologic semnificativ clinic care, apare la un individ, și care este asociat cu un simptom supărător, de exemplu, sau o incapacitate (adică, deteriorare în unul sau mai multe domenii de funcționare importante) sau cu un risc

semnificativ crescut de a suferi moartea, durerea, infirmitatea sau o importantă pierdere a libertății.

Însă, sindromul sau patternul nu trebuie să fie un răspuns expectabil și sancționat cultural la un anumit eveniment, de exemplu moartea unei persoane iubite. Indiferent de cauza care le-a generat, sindromul sau patternul trebuie considerat ca o manifestare a unei disfuncții comportamentale, psihologice sau biologice la un individ. Nici comportamentul deviant (de exemplu: politic, religios sau sexual) și nici conflictele existente în primul rând între individ și societate, nu sunt tulburări mentale, cu excepția faptului când devianța sau conflictul este un simptom al unei disfuncții a individului.

O concepție eronată comună aceea că o clasificare a tulburărilor mentale clasifică indivizi, pe când în realitate ceea ce este clasificat sunt tulburările pe care aceștia le prezintă.

Pentru acest motiv, textul DSM-IV evită utilizarea unor expresii ca "schizofrenie" și folosește în locul acestora expresiile mai corecte dar, după cum se știe, mai incomode de "individ cu schizofrenie" sau de "individ cu dependență alcoolică".

2.4.2. Probleme controversate în utilizarea DSM-IV

DSM - IV este o clasificare categorială care divide tulburările mentale în tipuri pe baza unui set de criterii, cu elementele care le definesc.

Clinicianul care utilizează DSM - IV trebuie să aibă în vedere faptul că indivizii care au același diagnostic diferă în ceea ce privesc elementele definitorii ale diagnosticului și că, în cazurile limită, diagnosticul va fi dificil de pus în alt mod decât probabil. Acest punct de vedere permite o mai mare flexibilitate în utilizarea sistemului, încurajează acordarea unei atenții speciale cazurilor

limită și subliniază necesitatea procurării de informații clinice suplimentare care să meargă dincolo de diagnostic.

DSM - IV a fost elaborat pentru a fi utilizat în condiții clinice, de învățământ și cercetare. Categoriile diagnostice, criteriile și descrierile din text sunt destinate să fie utilizate de persoane cu antrenament clinic corespunzător și experiență în diagnostic. Este important ca DSM - IV să nu fie aplicat mecanic de către persoane neantrenate. Criteriile specifice de diagnostic incluse în DSM - IV sunt destinate a fi drept ghid spre a fi informați prin judecata clinică, și nu sunt destinate a fi utilizate în maniera unei cărți de bucate.

S-au făcut eforturi speciale în elaborarea DSM - IV pentru a include conștientizarea faptului că manualul este utilizat în populații diferite cultural, în SUA și în întreaga lume.

Clinicienii trebuie să evalueze indivizi din numeroase grupuri etnice și fonduri culturale diferite. Evaluarea diagnostică poate fi o problemă specială, când un clinician dintr-un grup etnic sau cultural utilizează clasificarea DSM - IV pentru a evalua un individ dintr-un grup etnic sau diferit.

Un clinician care nu este familiarizat cu nuanțele cadrului cultural de referință al unui individ, poate considera în mod eronat, drept psihopatologice, variații normale în comportament, credință sau experiență, care sunt proprii culturii individului. De exemplu: anumite practici sau credințe religioase (cum ar fi auzirea sau vederea unei rude decedate în timpul perioadei de doliu) pot fi diagnosticate în mod eronat, drept manifestări ale unei tulburări psihotice. Aplicarea criteriilor tulburării de personalitate la diverse condiții culturale poate fi extrem de dificilă din cauza largii diversități culturale în conceptele de sine, stilurile de comunicare și mecanismele de adaptare.

Cum se utilizează DSM - IV în planificarea tratamentului?

Punerea unui diagnostic DSM - IV este numai primul pas dintr-o evaluare mai cuprinzătoare. Pentru a formula un plan de tratament adecvat, clinicianul va necesita în mod constant informații suplimentare considerabile referitoare la persoana care este evaluată, pe lângă cele necesare punerii unui diagnostic DSM - IV.

Când categoriile DSM - IV, criteriile și descrierile din text sunt utilizate în scopuri medico-legale, există un risc crescut ca informația diagnostică să fie folosită eronat sau să fie rău înțeleasă. Aceste pericole cresc din cauza acordului imperfect dintre problemele de interes fundamental pentru lege și informația conținută într-un diagnostic clinic.

În cele mai multe situații, diagnosticul clinic al unei tulburări mentale din DSM - IV nu este suficient pentru a stabili existența pentru scopuri legale a unei "tulburări mentale", "incapacități mentale", "maladii mentale" sau a unui "defect mental". În precizarea faptului dacă un individ satisface un anumit standard legal (de exemplu: responsabilitate sau incapacitate) sunt de regulă necesare informații suplimentare, pe lângă cele conținute în diagnosticul DSM - IV. Aceasta poate include informații despre deteriorările funcționale ale individului și despre modul cum aceste deteriorări afectează capacitățile particulare.

Astfel stabilirea unui anumit diagnostic nu implică și un anumit nivel de deteriorare sau incapacitate, deoarece deteriorările, capacitățile și incapacitățile variază larg în cadrul fiecărei categorii diagnostice.

Faptul că tabloul clinic al unui individ satisface criteriile pentru un diagnostic DSM - IV nu comportă nici o implicație necesară cu privire la gradul de control al individului asupra comportamentelor care pot fi asociate cu tulburarea. Chiar când controlul diminuat asupra comportamentului cuiva este un element al

tulburării, a avea diagnosticul în sine nu demonstrează că individul respectiv este (sau a fost) incapabil să-și controleze comportamentul la un moment dat.

Cele mai multe tulburări din DSM - IV au un cod numeric care apare de mai multe ori:

1. precedând denumirea tulburării în clasificare
2. la începutul secțiunii textului pentru fiecare tulburare
3. însoțind setul de criterii pentru fiecare tulburare

2.4.3. Evaluarea multiaxială

Evaluarea multiaxială se referă la necesitatea ca fiecare caz să fie evaluat pe mai multe axe, fiecare axă reprezentând o clasă de informații diferite. Cu cât numărul axelor este mai limitat, cu atât crește utilitatea clinică a sistemului. În clasificarea multiaxială a DSM - IV există 5 axe. Utilizarea sistemului multiaxial al DSM - IV permite acordarea de atenție anumitor tipuri de tulburări, aspecte ale ambianței și domenii de activitate care pot fi neglijate în cazul evaluării centrate asupra unei singure probleme prezentate.

Fiecare persoană este evaluată pe fiecare din următoarele axe:

- Axa I: Sindromurile clinice și codurile V
- Axa II: Tulburările de dezvoltare și tulburările de personalitate
- Axa III: Tulburările și condițiile somatice
- Axa IV: Severitatea stresorilor sociali
- Axa V: Evaluarea globală a activității

AXA I - Se referă la tulburarea mentală care se află în centrul atenției clinice. Tulburările înregistrate pe axa I încep în copilărie, adolescență sau la maturitate și persistă într-o formă sau alta în viața adultă. Faptul că axele I și II sunt separate, asigură evaluarea adulților și din punctul de vedere al prezenței unei posibile tulburări

de personalitate, iar în evaluarea copiilor se insistă asupra importanței de a lua în considerație tulburările care afectează dezvoltarea aptitudinilor cognitive, sociale și motorii.

În cazul în care există câte o tulburare pe axa I și axa II, se pune un diagnostic multiplu dacă este necesar să se descrie condiția actuală.

AXA II - Se folosește pentru a indica trăsăturile de personalitate specifice sau uzul habitual al anumitor mecanisme de apărare. Aici sunt trecute tulburările în dezvoltare sau de personalitate care însoțesc tulburările pe axa I sau care pot constitui motivul internării.

AXA III - Notarea oricăror tulburări sau condiții somatice, potențial relevante pentru înțelegerea sau managementul cazului, se face pe această axă. Se pot nota datele medicale asociate importante.

AXA IV - Este prevăzută cu o scală de codare a severității globale a unui sau mai multor stresori psihosociali, care au intervenit în anul premergător evaluării actuale. Se urmărește:

1. Dezvoltarea unei tulburări mentale noi
2. Recurența unei tulburări anterioare
3. Exacerbarea unei tulburări deja existente

Un stresor poate avea un rol precipitant într-o tulburare sau poate fi o consecință a psihopatologiei persoanei. Cotearea severității stresorului se bazează pe aprecierea de către clinician a stresului pe care persoana îl experimentează la un anumit stresor psihosocial în circumstanțele și valorile socio-culturale ale persoanei. Dacă există vulnerabilitate la stres, ea este datorată mai frecvent unei tulburări mentale codificate pe axa I sau II. Stresorul psihosocial specific este notat ca : eveniment predominant acut (sub 6 luni) sau circumstanțe predominant durabile (durata peste 6 luni).

AXA V - Evaluarea Globală a Activității (EGA) exprimă opinia generală a clinicianului asupra activității psihice, sociale și

profesionale a unei persoane pe o scală de la 0 la 100.

Evaluarea pe scala EGA trebuie făcută pentru două perioade de timp:

actuală - nivelul de activitate la data evaluării

anul trecut - cel mai înalt nivel de activitate pentru câteva luni în cursul anului trecut

Scala EGA se referă la modalitatea de raportare a persoanei la mediul său social, profesional sau intim, la modul de funcționare a acestuia în conformitate cu standardele comportamentale, morale și sociale, se referă la ceea ce psihologii numesc Puterea Eului.

Scala EGA se întinde de la 0 la 100, unde:

100. Individul funcționează plenar la toate nivelurile, inclusiv cel profesional, social sau intim, nu experimentează nici un fel de simptom ale unei tulburări mentale; reacțiile la stres sunt potrivite și mecanismele de coping sunt confruntative;

90. Individul se relaționează bine cu mediul, sau există unele reacții dezadaptative la stresori de intensitate ridicată; nu prezintă nici un simptom al unei tulburări mentale;

80. Individul are ocazional probleme de relaționare, fără a afecta însă activitatea socială sau profesională; are unele reacții dezadaptative la stresori de intensitate medie și mecanismele de coping nu sunt întotdeauna confruntative;

70. Individul are probleme de relaționare pe care încearcă să le țină sub control, dar funcționarea sa are de suferit în plan social sau profesional;

50. Individul are probleme serioase de relaționare care atrag după sine dificultăți notabile în plan social sau profesional;

30. Individul are probleme grave de relaționare și prezintă numeroase simptome ale unor tulburări mentale;

20. Individul este un pericol pentru sine, fiind nevoie de o supraveghere atentă a acestuia;

10. Individul este un pericol atât pentru sine, cât și pentru ceilalți, fiind de obicei internat în cea mai mare parte a timpului;

0. Informația este inadecvată.

Aceste valori sunt aproximative și lăsate la latitudinea clinicianului să le folosească în modul cel mai elocvent pentru persoana în cauză.

Diagnosticul principal - va fi condiția care e în primul rând responsabilă de evaluarea sau de internarea în spital, dacă persoana primește mai mult de un diagnostic. Poate fi numit diagnostic principal un diagnostic de pe axa I sau de pe axa II. Când diagnosticul principal este unul de pe axa II, întreaga axa II este urmată de expresia "diagnostic principal". Dacă o persoană are câte un diagnostic și pe axa I și pe axa II, diagnosticul principal va fi considerat cel de pe axa I. Excepție face cazul în care diagnosticul de pe axa II este urmat de expresia calificată de "diagnostic principal". Când sunt puse mai multe diagnostice fie pe axa I, fie pe axa II, ele trebuie înregistrate pe fiecare axă în ordinea importanței pentru atenție sau tratament.

Diagnosticul provizoriu - când clinicianul nu deține informație suficientă pentru a pune un diagnostic ferm, el își poate exprima incertitudinea diagnostică scriind "provizoriu" după diagnostic. Există mai multe nivele de certitudine diagnostică.

Cap.3 Întârzierea mentală

3.1. Delimitare conceptuală

Esquirol (1843) este considerat ca fiind primul care a încercat o definiție în ceea ce privește întârzierea mentală nu ca pe o boală ci, ca pe o tulburare de dezvoltare, concept menținut și în definițiile moderne. Cea mai utilizată definiție modernă este, se pare, cea folosită de Asociația Americană pentru Deficiență Mentală (AAMD), care definește întârzierea mentală ca "o funcționare intelectuală generală semnificativ sub medie, care a început în timpul perioadei de dezvoltare și se asociază cu o deficiență a comportamentului adaptiv" (Tudose și colab., 2002).

Această tulburare este caracterizată printr-o funcționare intelectuală semnificativ sub medie (un QI sub 70, la unul sau mai multe teste de inteligență standard), cu un debut înainte de vârsta de 18 ani și prin deficite sau deteriorări semnificative în funcționarea adaptivă.

Noțiunea de oligofrenie (gr. oligos - puțin; phrenos - minte) este întâlnită inițial în studiile lui E. Kraepelin și ale lui E. Bleuler. Această noțiune simplă, dar cuprinzătoare și edificatoare păstrează încă un rol dominant în studiile medicale asupra deficienței mentale.

La puțin timp după apariția noțiunii de oligofrenie, un alt psihiatru, Dupré (1990) formulează termenul de debilitate mentală pentru a prezenta formele ușoare ale deficienței mintale: idioție, imbecilitate, debilitate mentală (Ionescu, 1985).

În ultima ediție al DSM - IV este folosită noțiunea de întârziere mentală care cunoaște o largă răspândire. Cu toate că în aparență pare simplă diagnosticarea întârzierilor mentale întâmpină mari dificultăți datorită faptului că nu depinde numai de psihometrie

ci este în mare măsură determinată de nivelul exigenței sau de gradul toleranței impuse de mediul sociocultural.

3.2. Tablou clinic

Criteriile de diagnostic DSM - IV

A. Funcționarea intelectuală semnificativ sub medie: un QI de aproximativ 70 sau mai puțin la un test individual (pentru sugari apreciere clinică).

B. Deteriorarea sau deficite concomitente în funcționarea adaptativă prezentă (eficacitatea persoanei de a satisface standardele așteptate pentru vârsta sa de către grupul său cultural) în cel puțin două din următoarele domenii: comunicare, autoîngrijire, viața de familie, aptitudini sociale / interpersonale, folosirea resurselor comunității, autoconducere, aptitudini școlare funcționale, muncă, timp liber, sănătate, siguranță.

C. Debut înainte de vârsta de 18 ani

În funcție de gradul de severitate se codifică astfel:

1. Întârzierea mentală ușoară (Debilitate mintală) - QI de la 50-70

Reprezintă forma cea mai frecventă din totalul întârzierilor mentale. Această deficiență trece neobservată până la vârsta preșcolară sau școlară, când dificultățile de învățare atrag atenția asupra dezvoltării deficitare a gândirii. Vârsta mentală a acestor subiecți este de 9-12 ani.

În cursul perioadei adulte ei achiziționează de regulă aptitudini sociale și profesionale adecvate pentru un minimum de autoîntreținere, dar pot necesita supraveghere, îndrumare și asistență, în special în condiții de stress economic sau social inhabitual. Cu suport corespunzător, indivizii cu întârziere mentală ușoară pot trăi cu succes în comunitate, fie independent, fie în condiții de

supraveghere (DSM -IV).

2. Întârzierea mentală moderată (medie, imbecilitate)

Această grupă cuprinde subiecți cu un QI între 35-49 și o vârstă mentală de 6-9 ani. Deficiența este observată din mica copilărie și se caracterizează prin afectivitate elementară, achiziții verbale posibile, însă vocabularul rămâne foarte sărac iar limbajul scris este redus la câteva cuvinte scurte. Sociabilitatea este vâscoasă iar uneori manifestă amabilitate, alternând cu faze de mânie și manifestări clastice.

Sunt incapabili să progreseze de nivelul clasei a doua în materie de școală. Pot învăța să meargă independent în locuri familiare. În perioada adultă, majoritatea sunt capabili să presteze o muncă necalificată sau semicalificată sub supraveghere. Ei se adaptează bine la viața în comunitate dar de regulă în condiții de supraveghere.

3. Întârzierea mentală severă (idiotia)

Cuprinde un QI între 20-34, iar vârstă mentală 3-6 ani.

Reprezintă o formă severă de deficiență psihică, asociată întotdeauna cu malformații multiple, tulburări somatice diverse, neurologice (pareze, stereotipii), ale senzorialității (surditate, cecitate) ale sensibilității.

În mica copilărie ei achiziționează foarte puțin sau deloc limbajul comunicativ. În perioada școlarizării ei pot învăța să vorbească și pot fi antrenați în aptitudini elementare de autoîngrijire. Sunt familiarizați cu alfabetul și numărul, iar în perioada adultă pot fi capabili să efectueze sarcini simple, în condiții de supraveghere strictă. (DSM - IV);

4. Întârzierea mentală profundă (arierafia) - cuprinde subiecți cu QI sub 20, iar vârstă mentală mai mică de trei ani. Ei sunt reduși la o viață vegetativă cu o incapacitate de formare a reflexelor condiționate. Durata vieții este de obicei până la 20-30 de ani când decesul apare datorită multiplelor complicații somatice. Ei necesită supraveghere și îngrijire continuă.

Subiecții cu un QI între 70-80 sunt integrați în categoria denumită intelect liminar sau de limită. Caracteristica principală care-l diferențiază pe subiectul liminar de debilul mental este capacitatea de învățare, precum și capacitatea de adaptare la colectivitate. La vârsta adultă, după depășirea obstacolului școlar, acești subiecți se integrează destul de bine la viața socială și profesională.

3.3 Evoluție, prognostic și factorii etiopatogenici

Evoluția întârzierii mentale este influențată de evoluția condițiilor medicale generale subiacente și de factori ambientali: stimularea ambientală, oportunitățile de instruire, etc.

Rata de prevalență a întârzierii mentale a fost estimată la aproximativ 1 %. Diferite studii au demonstrat rate diferite în funcție de definiția utilizată, metodele de identificare și populația studiată (DSM - IV).

Din cauza etiologiei sale heterogene, nici un pattern familial nu este aplicabil întârzierii mentale ca o categorie generală.

Principalii factori etiopatogenici sunt ereditatea, factorii sociali și factorii de mediu. Cele mai multe cazuri de întârziere mentală se datorează nu unei singure cauze, ci unei interacțiuni de factori ereditari și de mediu.

Cap.4 Tulburările de personalitate

4.1. Ce este personalitatea?

Viața demonstrează că omul este și rămâne un unicat, o autenticitate explicată foarte simplu prin expresia « a fi tu însuși ». Dar unicitatea aceasta trebuie privită într-o structură dinamică și nu statică, personalitatea reprezentând dezvoltare continuă, perfecționare, autodepășire. Personalitatea poate fi înțeleasă ca un lung proces de formare care are la bază interdependența mai multor factori : ereditate, mediul socio-familial și educația.

Psihologia personalității a recurs la folosirea unor unități tematice descriptive a personalității. Ea a descris personalitatea în diferite categorii de termeni (trăsături, factori, habitudini, motive, Eu, roluri, atitudini, constructe). Fiecare din acești termeni a generat o anumită teorie a personalității. De exemplu, descrierea personalității în termeni de trăsături a condus la elaborarea teoriilor tipologice, descrierea ei în termeni de factori, la apariția teoriilor psihometrice. Teoriile personalității s-au corelat între ele, în funcție de gradul lor de asemănare, permițând construirea unor modele explicative – interpretative ale personalității care au determinat conturarea diverselor perspective mai generale de abordare a personalității (Zlate, 1999).

Din antichitate Hipocrate vorbind despre personalitatea bolnavului a exprimat aforismul : « nu există boli ci numai bolnavi ».

Karl Jaspers, celebru psihiatru și filosof german abordează personalitatea în trei etape:

- “Homo reagens” (omul reactiv), se referă la bazele fiziologice ale vieții, ale tuturor viețuitoarelor ajunse pe planul superior de

dezvoltare. Aceste funcții psihologice sunt cele senzitive, perceptive, sensoriale, de percepere a schemei corporale de percepție spațială ;

- « Homo naturalis », reflectă omul cu trebuințele lui materiale dar în același timp pulsionale și intelectuale ;
- Etapa a treia este specific umană, ea plasând omul în sfera valorilor și aspirațiilor. Conform lui Jaspers, aspectele vieții omului se regăsesc dincolo de viața organică, în « existența autentică », în spiritualitate (Ardelean, 2004).

O importanță deosebită o are distincția dintre termenii de persoană și personalitate deoarece în limbajul curent acești termeni se folosesc uneori incorect în diferite situații. Termenul de persoană se referă la individul uman concret.

Personalitatea este o construcție teoretică elaborată în scopul înțelegerii și explicării, la nivel teoretic, a modalității de ființare și funcționare ce caracterizează organismul psihofiziologic numit persoană umană. Această definiție ne permite să facem diferența conotației științifice a termenului personalitate – categorie, construcție teoretică de sensul comun al acestuia, adică însușire sau calitate pe care cineva o poate avea sau nu (Dafinoiu, 2002).

Personalitatea cuprinde ansamblul sistemelor organizate care determină conduita. O definiție completă a personalității este dată de Allport: “Personalitatea este organizarea dinamică în cadrul individului a acelor sisteme psihofizice care determină gândirea și comportamentul său caracteristic” (Allport, 1981).

Personalitatea poate fi înțeleasă ca o structură prin intermediul celor trei caracteristici: globalitate, coerență și permanență. Ea se deosebește de comportament atunci când comportamentul nu este decât proiectarea vizibilă a elementelor personalității într-o anumită situație.

Modul în care se comportă individul, relația sa cu semenii definește, poate cel mai fidel, reușita sau nereușita formării personalității. O personalitate armonioasă determină relații firești și are un comportament adecvat față de mediul în care trăiește.

Uneori, din diferite motive, comportamentul persoanei este neadecvat la mediul care îi solicită răspunsuri, acestea fiind chiar neașteptate, răspunsuri exagerate, uneori ciudate și imprevizibile.

În dicționarul de Psihologie termenul de personalitate se referă la disponibilitățile generale și caracteristice pe care le exprimă o persoană (față de altele) și conturează identitatea ei specifică. Rădăcina de utilizare a termenului s-a referit la masca de teatru din perioadele antice (cuvântul fiind de origine etruscă). Sensul conceptului a evoluat de la cel de personaj (prima dată de teatru) spre cel de persoană pe scena vieții (Șchiopu, 1997).

4.2. Influența trăsăturilor de personalitate

în determinarea comportamentului

Scopul principal al cunoașterii și evaluării personalității este de a realiza predicții în ceea ce privește comportamentul persoanei într-o anumită situație. Se pune întrebarea: Dar ce determină comportamentul? dispozițiile interne (trăsături) sau situația în care se găsește individul? De ce oamenii nu reacționează la fel în aceeași situație? De exemplu în cazul unor acte agresive, unii oameni acționează cu sânge rece, alții manifestă ostilitate și se apără în timp ce alții izbucnesc în lacrimi. Pentru a explica aceste structuri comportamentale, o serie de psihologi au dezvoltat abordări taxonomice ale personalității în care principala unitate de analiză este trăsătura de personalitate.

Fiecare trăsătură se raportează la o anumită componentă a personalității, fiecare componentă fiind independentă de celelalte și caracterizând o anumită fațetă a individului (de exemplu: sociabilitatea și perseverența sunt trăsături clasice ale personalității. Promotorii acestei orientări Allport, Eysenck, Cattell, etc., susțin că deși faptele de conduită ale unei persoane depind într-o oarecare măsură de situație, pe termen lung, observația furnizează un cadru relativ stabil, evidențiază anumite invariante.

Trăsătura psihică este conceptul care evidențiază aceste înclinații sau particularități relativ stabile ale unei persoane. În cadrul comportamentului, o trăsătură este determinată de predispoziția de a răspunde în același fel la o varietate de stimuli. De exemplu, timiditatea este un mod relativ stabil de comportare caracterizat de hiperemotivitate și mobilizare energetică exagerată.

Atunci când se descrie personalitatea, ar putea să apară riscul unei trăsături pornind de la comportamente care sunt specifice unei stări. Pentru a micșora acest risc, o multitudine de chestionare de personalitate solicită subiecților să diferențieze răspunsurile în funcție de comportamentul lor tipic « în general » și cel prezent « astăzi ». Astfel, Zukerman și Lubin au realizat o listă de adjective (*Multiple Affect Adjective Checklist*) pe care subiecții o utilizează pentru a descrie felul în care simt « astăzi » și ... « în general ». Corelațiile test-retest au evidențiat o mai mare stabilitate a anxietății « în general » (trăsătură) decât a anxietății situaționale (stare). Același principiu l-a utilizat Spilberger în construirea scării sale de anxietate (STAI – *State – Trait Anxiety Inventory*) (Dafinoiu, 2002).

4.3. Definiție și clasificare

Tulburările de personalitate sunt modele durabile de comportament inadaptat. Când trăsăturile de personalitate devin prea inflexibile, inadaptate, astfel încât să afecteze semnificativ abilitatea individului de a funcționa, ele poartă denumirea de tulburări de personalitate.

Tulburările de personalitate constituie modalități imature și inadecvate de control al stresului sau de rezolvare a problemelor. Sunt de obicei evidente în perioada adolescenței și pot continua pe tot parcursul vieții.

Schneider, 1934 afirma că personalitățile psihopatice sunt acele personalități anormale care suferă datorită anormalităților structurale sau care, prin acestea fac societatea să sufere (apud Tudose și colab., 2002).

Psihopatiile reprezintă un grup polimorf de dezvoltări patologice ale personalității caracterizate clinic printr-o insuficiență capacitate sau printr-o incapacitate episodică sau permanentă de integrare armonioasă și suplă la condițiile obișnuite ale mediului familial, profesional sau în general social (Predescu, 1976).

Psihopatiile au ca elemente definitorii: controlul incomplet al sferelor afectiv-voliționale și instinctive, nerecunoașterea defectului structural, incapacitatea de integrare armonioasă în mediul social (Tudose și Gorgos, 1985)

Tulburarea de personalitate este o structurare rigidă, în mod dezechilibrat și limitativ de personalitate, care predispune persoana în cauză la eșecuri adaptive permanente, ori episodice, în raport cu mediile sale conjuncturale de viață. Aceste eșecuri nu sunt obligatorii, apar doar în raport cu anumite condiții de mediu, stabile sau dinamice. Eșecurile există ca potențial pe toată durata vieții

persoanei în cauză. Acest potențial se atenuează treptat, odată cu vârsta, pentru majoritatea tulburărilor de personalitate. Pentru altele (paranoicii), ele se pot chiar accentua. (Cornuțiu, 2003).

Tulburarea de personalitate este un pattern persistent de experiență interioară și comportament care deviază în mod clar de la așteptările pe care le avem din partea insului; acest pattern este pervaziv și inflexibil, cu debut în adolescență sau timpuriu în viața adultă, stabil în timp și care determină disfuncționalitatea (DSM - IV).

Tulburarea specifică de personalitate este o perturbare severă în constituția caracteriologică și în tendințele comportamentale ale individului, implicând de obicei mai multe arii ale personalității și asociate aproape întotdeauna cu un considerabil dezechilibru personal și social. Tulburarea de personalitate tinde să apară în copilărie sau în adolescență și continuă să se manifeste în viața adultă. Din această cauză, este improbabil ca diagnosticul de tulburare de personalitate să fie cel corect pentru un pacient care nu a împlinit încă 16 sau 17 ani. (ICD - 10, 1992).

Caracteristicile clinice ale personalităților dizarmonic-patopate sunt:

- o dizarmonie caracterială gravă și persistentă;
- această tulburare influențează negativ viața socială a individului, judecata morală uneori este deficitară;
- anormalitatea este greu influențabilă prin educație, sancțiuni sau uneori prin medicație psihiatrică;
- indivizii urmăresc satisfacerea propriilor interese și plăceri fără a ține cont de alte persoane (hedonic, egocentric);
- individul este de acord cu comportamentul lui (egosintonic);
- în situații conflictuale sunt de părere că alții sunt vinovați (extrapunitivitate);

- îi determină pe alții să sufere mai mult decât suferă ei înșiși;
- au o atitudine activă și heteroagresivă;
- nu sunt capabili să-și adapteze comportamentul în situații diferite și nu învață din experiență (psihorigiditate) (Lăzărescu și Ogodescu, 1995).

O altă prezentare a caracteristicilor obișnuite ale pacienților cu tulburări de personalitate este făcută de Tudose și colab., 2002:

- modele de comportament cronice și durabile, nu episodice;
- blamarea constantă a altora;
- ușor de înfuriat sau de făcut geloși;
- egosintonic;
- funcția ocupațională și socială tulburată;
- dependență sau independență excesivă;
- impulsivi sau compulsivi;
- exacerbare produsă de afecțiunile SNC, traumatism cranian și stres;
- standarde și opinii inflexibile;
- iritabilitate;
- abilități empatice reduse;
- înșelarea persoanelor pentru a ajunge la un rezultat final;
- egocentrism;
- deseori manifestă rezistență la tratament;
- trecere de subevaluare la supraevaluare;
- relații interpersonale tulburi sau instabile.

Clasificare

Clasificarea tulburărilor de personalitate va fi prezentă conform modelelor standardizate și unanim recunoscute în lumea medicală: Manualul Statistic de Diagnostic, ediția a IV-a al

Asociației Americane de Psihiatrie (DSM -IV) și revizia a X-a a Clasificării Internaționale a Bolilor (ICD - 10) elaborat de Organizația Mondială a Sănătății.

4.3.1. Tulburarea de personalitate paranoidă

Elementele esențiale ale acestei tulburări sunt neîncrederea și suspiciozitatea față de alte persoane ale căror intenții sunt interpretate ca răuvoitoare și care persistă chiar și în fața dovezilor că nu există nici un motiv de alarmă.

Indivizii cu această tulburare, presupun că alți oameni îi vor exploata, leza sau înșela, chiar dacă nu există nici o probă care să determine această presupunere. Simt adesea că au fost profund prejudiciați de o altă persoană. Refuză să aibă încredere sau să fie mai apropiați de alții pentru că se tem că informațiile pe care le furnizează altora vor fi utilizate contra lor.

Un individ cu o astfel de tulburare, de exemplu, poate interpreta fals o eroare inocentă a unui vânzător dintr-un magazin, drept o tentativă deliberată de a nu-i da restul (DSM - IV, 1994).

Ei poartă pică tot timpul și nu uită insultele sau ofensele pe care cred că le-au primit. Pot fi geloși patologic suspectând soția sau soțul (partenerul) de infidelitate fără nici un motiv.

Factorii etiopatogenici

Există studii de prevalență crescută a tulburării de personalitate paranoidă printre rudele pacienților cu schizofrenie cronică.

4.3.2. Tulburarea de personalitate schizoidă

Într-o zi s-a prezentat la terapeut o mamă cu un băiat de 25 ani, pe nume Cristian. Era un băiat cu o seriozitate impresionabilă, student ultimul an la informatică. Mama sa era neliniștită deoarece Cristian avea puține contacte cu ceilalți colegi ai săi de facultate. În pauzele dintre cursuri, el prefera să stea în bibliotecă, să studieze decât să povestească cu alți studenți.

Singurul său prieten era Adi, prieten din copilărie, pasionat și el de calculatoare.

Când erau adolescenți se întâlneau deseori pentru a studia calculatoarele, iar acum Adi se află într-un alt oraș și lucrează ca analist programator la o companie internațională.

Ceea ce a alarmat-o pe mama sa era faptul că el nu reușea să comunice cu colegii săi, venea acasă supărat, nu i se destăinuia și se așeza în fața calculatorului fiind absorbit total doar de acesta. Când colegii săi îl abordează sau i se opun, el rămâne impasibil și se îndepărtează. Cu siguranță, spune mama sa, aceștia au remarcat că este un tip bizar. În anumite momente ale zilei simte nevoia să fie singur, iar atunci pleacă să se plimbe luând cu el și o carte.

Caracteristica principală a acestei personalități, este detașarea față de relațiile sociale sau alte persoane. Indivizii cu o astfel de tulburare preferă să-și petreacă timpul de unii singuri, adesea par a fi izolați sociali, preferă sarcini mecanice sau abstracte cum ar fi jocurile pe computer sau matematice. Exprimă puține emoții, lipsiți de simț al umorului și au o afectivitate aplatizată (caracteristică a schizofreniei) dar nu au tulburări de gândire (halucinații, idei delirante sau tulburări de limbaj) și astfel nu vor fi diagnosticați schizofrenici.

Important este să se facă distincția între personalitățile schizoide și schizofreni. "Schizoid" nu înseamnă deloc schizofren chiar dacă ambele cuvinte au aceeași rădăcină grecească **schizo** care înseamnă "rupt" cu înțelesul "rupt de lume". Schizofrenia nu este un tip de personalitate ci o adevărată patologie. Pacienții schizofreni au idei delirante și suferă o perturbare a facultăților intelectuale (Tobin, 1990).

Prelevanță și factori etiopatogenici

Tulburarea de personalitate schizoidă este rară în condiții clinice. Poate avea o prevalență crescută la rudele indivizilor cu schizofrenie sau cu tulburare de personalitate schizotipală.

4.3.3. Tulburarea de personalitate schizotipală

Elementul esențial al tulburării de personalitate schizotipală îl constituie deficitul social și interpersonal manifestat printr-un disconfort acut în relații și reducerea capacității de a stabili relații strânse dar și prin distorsiuni cognitive și de percepție și excentricități în comportament. Acești indivizi pot fi superstițioși sau preocupați

de fenomene paranormale care nu sunt în concordanță cu normele subculturale.

Ei pot crede că au un control magic asupra altora, care poate fi implementat direct. De exemplu: *convingerea că soția a scos câinele la plimbare este rezultatul direct al gândului că așa ceva trebuia făcut cu o oră mai înainte* (DSM - IV).

De cele mai multe ori astfel de indivizi par a interacționa cu alții în mod necorespunzător, rigid sau reținut. Ei sunt considerați a fi adesea bizari, (poartă haine pătate de cerneală sau neasortate) și experimentează relația interpersonală ca problematică, fiind incomodați de prezența altor persoane. Comportamentul lor sugerează o dorință redusă de contacte intime. Sunt anxioși în situații sociale, în special în cele care implică persoane nefamiliare, neavând niciun fel de amici sau confidenți, ori au foarte puțini.

Evoluție și factori etiopatogenici

Tulburarea de personalitate schizotipală are o evoluție relativ stabilă, cu doar un număr mic de indivizi mergând spre apariția schizofreniei sau a altei tulburări psihotice.

Acest tip de personalitate este mai întâlnită printre rudele biologice de gradul I ale indivizilor cu schizofrenie decât în populația generală.

4.3.4.. Tulburarea de personalitate antisocială

Un bărbat de 50 de ani a fost condamnat pentru falsificare de facturi fiscale și delapidare. A fost arestat împreună cu soția sa o tânără de 26 de ani. El este recidivist, fiind arestat și de alte câteva ori pentru plasare frauduloasă de facturi fiscale.

Circumstanțele arestării sale demonstrează impulsivitatea și absența înțelegerii, caracteristice multor personalități antisociale.

A avut o funcție de conducere într-o firmă mică iar directorul companiei venea din când în când să verifice evoluția afacerilor și pentru a încasa profitul. Bărbatul respectiv avea un salariu mic și asta, susține el, l-a determinat să falsifice și să plaseze facturile false. Într-o zi când avea întâlnire cu directorul, a plecat înainte ca acesta să sosească și a lăsat o serie de mesaje vulgare pe pereți. A fost arestat câteva zile mai târziu.

Interogatoriul privind biografia subiectului a dezvăluit faptul că el provenea dintr-o familie care o ducea bine din punct de vedere financiar, a ratat admiterea la colegiu apucându-se să muncească ca agent de asigurări până când a intrat într-o încurcătură pentru că a deturnat cecurile pe care clienții i le dăduseră pentru a-și plăti primele de asigurare. Când a fost descoperit s-a exprimat amuzat că el intenționa să returneze banii din propriul buzunar.

În armată, de asemenea a intrat în probleme care au progresat rapid pornind de la infracțiuni minore: consum de alcool în timpul serviciului, introducerea pe furiș a femeilor în unitate.

Această tulburare a fost denumită: psihopatie, sociopatie sau tulburare de personalitate disocială. Acești indivizi sunt caracterizați prin desconsiderarea și violarea drepturilor altora, impulsivitate,

incapacitate de a face planuri pe durată lungă, iritabilitate și agresivitate, distrugerea proprietății, impostura sau furtul, ori violarea gravă a regulilor. Nu sunt capabili să se conformeze normelor sociale referitoare la comportamentul legal. Ei înșală și manipulează frecvent pe alții în scopul obținerii unui profit personal sau al plăcerii. Deciziile sunt luate sub impulsul momentului. Indivizii cu tulburări de personalitate antisocială au foarte puține remușcări pentru consecințele actelor lor, și își pot blama victimele pentru că ar fi nebune, neajutorate sau că își merită soarta. Ei pot să-și formeze ușor relații interpersonale, dar de natură superficială.

Ce factori contribuie la dezvoltarea personalității de tip antisocial?

S-ar putea afirma că indivizii cu astfel de personalitate să fie crescuți de părinți fără pregătire morală sau fără disciplină, dar răspunsul nu este foarte simplu. Chiar dacă unii sociopați provin din medii în care este întărit comportamentul antisocial, iar delicvenții adulți sunt luați drept model, mulți provin din familii bune și au primit o educație corespunzătoare.

În dezvoltarea personalității de tip antisocial intervin mai mulți factori care variază de la caz la caz.

Cercetările actuale se axează asupra determinantilor biologici și asupra calității relației părinte-copil. Această tulburare este mai frecventă printre rudele biologice de gradul I decât în populația generală. Riscul pentru rudele biologice ale femeilor cu această tulburare tinde a fi mai mare decât riscul rudelor biologice ale bărbaților cu această tulburare. Atât copiii adoptați, cât și cei biologici ai părinților cu tulburare de personalitate antisocială au un risc crescut de dezvoltare a tulburării de personalitate antisocială.

Prevalență și evoluție

Prevalența generală a tulburării de personalitate antisocială pe eșantioanele comunitare este de aproximativ 3 % la bărbați și de aproximativ 1 % la femei. Rate mai mari de prevalențe încă se observă în contexte de tratament pentru abuz de o substanță și în închisori sau în contexte medico-legale.

Această tulburare are o evoluție cronică, dar poate deveni mai puțin evidentă sau se poate remite pe măsură ce individul înaintază în vârstă.

4.3.5. Tulburarea de personalitate de tip borderline

Caracteristica principală este instabilitatea relațiilor interpersonale, a imaginii de sine și afectelor, impulsivitate marcantă, care începe precoce în perioada adultă și este prezentă în contexte variate. Acești indivizi depun eforturi mari pentru a evita abandonul real sau imaginar. Impulsivitatea este manifestată prin cheltuieli abuzive, joc patologic, abuz de substanțe, mâncat excesiv, relații sexuale dezorganizate.

Manifestă un comportament suicidar recurent, gesturi, amenințări ori comportament automutilant. Suicidul complet survine la 8 % - 10 % din astfel de indivizi iar actele automutilante (tăiatul sau arsul) și amenințările și tentativele de suicid sunt foarte frecvente. Alternează între extremele de idealizare și devalorizare și sunt instabili afectivi.

Prevalență și evoluție

Prevalența este estimată a fi de aproximativ 2 % din populația generală și de aproximativ 10 % printre pacienții din clinicile de sănătate mentală.

Evoluția este variabilă, astfel cel mai frecvent pattern este cel

de instabilitate cronică precoce în perioada adultă, cu episoade de disconfort afectiv și impulsiv. În perioada de adult tânăr apare riscul suicidal.

Factorii etiopatogenici

Tulburarea de personalitate borderline este de aproape cinci ori mai frecventă printre rudele biologice de gradul unu ale celor cu tulburare decât în populația generală. Există și un risc familial crescut de tulburări în legătură cu o substanță, de tulburare de personalitate antisocială și de tulburări afective.

4.3.6. Tulburarea de personalitate histrionică.

Iulia are 28 de ani și vorbește despre prietenul său Nelu care a sedus-o prin șarmul său absolut uluitor. Dar după un timp, ea și-a dat seama că Nelu juca în permanență un rol. De exemplu: spune ea, când suntem invitați undeva, odată ajunși, Nelu nu-și găsește liniștea până nu atrage atenția tuturor iar pentru aceasta nu se dă înapoi de la nimic.

Când ea încearcă să-i spună că întrece orice limită și că nu are nevoie să caute să atragă atenția asupra lui în felul acesta el se simte lezat și spune că doar dă curs dispoziției sale de moment iar intenția sa nu a fost aceea de atrage atenția celorlalți. Mai rău este că el chiar crede în ce spune.

Iulia este alarmată că nici chiar cu ea nu este destins cu adevărat, iar când este puțin distantă el stă supărat și devine teatral.

Este caracterizată prin emoționalitate excesivă și prin comportamentul de căutare a atenției. Indivizii cu tulburare de personalitate histrionică sunt iritați sau nu se simt apreciați când nu se află în centrul atenției. Pot încânta cunoștințele noi prin entuziasmul, deschiderea evidentă sau tendința spre flirt.

Expresia emoțională poate fi superficială și rapid schimbătoare. Istericii sunt extrem de preocupați de impresia pe care o fac asupra altora și sunt tentați în a dramatiza conținutul vorbirii și folosesc un stil de comunicare colorat, impresionabil. Consideră relațiile a fi mai intime decât sunt în realitate.

Au un comportament seducător și provocator sexual. Sunt manipulativi fiind orientați spre satisfacerea intereselor proprii.

Personalitățile histrionice au destul de puțin conturată capacitatea de autoobservație dar și pe aceea de a-și accepta propriile emoții. Pot părea încântătoare, dar manifestările lor exagerate, dispoziția schimbătoare, setea de a capta atenția ajung în a-l plictisi pe partener, care renunță la o asemenea companie.

Psihanaliștii susțin că personalitățile histrionice fac apel la un mecanism de apărare al cărui rol este acela de a proteja conștiința de emoții nu tocmai agreabile iar mecanismele de apărare și psihologia cu-lui reprezintă una din cele mai importante ramificații ale teoriei psihanalitice inițiată de Ana Freud (Gabbard, 1994).

Prevalență.

În populația generală există o prevalență a tulburării de personalitate histrionică de aproximativ 2% - 3 %. Rate de aproximativ 10 % - 15 % au fost raportate la pacienții internați.

4.3.7. Tulburarea de personalitate narcisistică

Ioana, o fată de 25 de ani, s-a prezentat într-o zi la terapeut fiindcă nu știa de ce relațiile sale intime merg din eșec în eșec.

Ea spune că încă din clasele mici avea impresia că i se cuvenea mai multă atenție decât colegilor ei. Era o elevă bună și mereu era înconjurată de fete nu atât de frumoase ca ea, povestește Ioana iar ea era conștientă de aceasta și profita. Părinții o răsfățau și în special tatăl care îi satisfăcea toate dorințele. În plan profesional a reușit pentru că i s-a părut mereu firesc să pretindă mai mult deoarece avea sentimentul de a fi cea mai bună.

Pe plan sentimental însă, nu avea succes. Chiar dacă era înconjurată de mulți bărbați, ea recunoaște că avea tendința de a-i manipula, de a-i face geloși, de a le dărâma încrederea în ei și binențeles de a fi mereu capricioasă. Ea spune că atunci când un bărbat se îndrăgostește de ea nu i se mai pare deloc important. O singură dată s-a îndrăgostit foarte tare de un bărbat cu un statut important, dar care uneori întârzia la întâlniri sau contramanda o întâlnire datorită serviciului. Asta o înfură, refuza să-l mai vadă și-i stârnea gelozia. În cele din urmă a părăsit-o cu toate că a vrut să-l oprească, dar era prea târziu. În fiecare zi se gândește la el și-l regretă, realizând că în relația respectivă primordiale au fost trebuințele sale, ignorându-le pe ale lui, dar nu poate scăpa de sentimentul că merita mai multă atenție din partea lui.

Tulburarea de personalitate narcisistică se caracterizează prin grandoare, necesitatea de admirație și lipsa de empatie. Indivizii cu

această tulburare au un sentiment grandios de autoimportanță. Sunt preocupați adesea de fantezii de succes nelimitat, de putere, frumusețe. Consideră că sunt superiori, aparte sau unici și așteaptă ca ceilalți să-i recunoască ca atare. Sunt sensibili la critică sau pierdere; profită de alții pentru a-și atinge scopurile. Sunt lipsiți de empatie având un comportament arogant și sfidător având sentimente de invidie pe alții sau cred că alții sunt invidioși pe ei.

Trăsăturile narcisistice pot fi întâlnite la adolescenți dar nu indică în mod necesar faptul că individul va ajunge să aibă tulburare de personalitate narcisistică.

Prevalență

În populația clinică prevalența este de 2 % până la 16 % iar în populația generală mai puțin de 1 %.

4.3.8. Tulburarea de personalitate evitantă

În urmă cu câteva săptămâni Andrada i-a povestit psihologului său despre Dana, sora sa de douăzeci și șase de ani, care nu prea iese din casă, are două sau trei prietene cu care se întâlnește mereu pentru a-și face confidențe dar nu-i place să meargă la petreceri sau întruniri găsind mereu tot felul de pretexte banale.

Când totuși o lămurește să iasă împreună cu pretenii săi, se angajează greu în discuții și întotdeauna doar să aprobe ceea ce spun ceilalți. La colegiu a avut rezultate bune dar mereu îi era frică că nu-și va lua examenele și în special cele orale.

Cu părinții se înțelege bine, și în special cu mama, iar de tată îi este teamă, fiind un om autoritar, încercând să evite orice conflict cu el. Este îndrăgostită de un băiat dar nu i-a arătat-o niciodată.

Acum lucrează la o firmă iar șefii o apreciază tot mai mult dar ea nu îndrăznește să le ceară o mărire de salariu pentru orele suplimentare.

Acest tip de personalitate se caracterizează prin inhibiție socială, sentimente de inadecvare și hipersensibilitate la evaluarea negativă. Persoanele cu o astfel de tulburare evită munca sau activitățile școlare care implică un contact interpersonal semnificativ din cauza fricii de critică, dezaprobare sau respingere. Atașamentele personale sunt restrictive. Se consideră inapte social, inferioare celorlalți, neatractive și se subestimează mereu. Sunt interpretative și hipersensibile față de comentariile celorlalte persoane.

Mulți adolescenți, băieți sau fete, trec printr-o fază de formare a propriului caracter manifestând tendințe ale personalității evitante: nesiguri de ceea ce vor, complexați, sunt timizi, roșesc ușor și mereu îi frământă gândul de a nu părea ridicoli. Refuză să facă parte din grupuri de prieteni, să meargă la o petrecere și preferă tovarășia prietenilor vechi cu care se confesează. Dar aceasta este o etapă inevitabilă în dezvoltarea unei personalități.

Treptat experiențele reușite, acceptarea și recunoașterea celorlalți le va crește încrederea în ei. Iar acești adolescenți timizi se vor transforma în adulți cu multă încredere în propriile forțe.

Doar în cazul personalităților evitante nu are loc această evoluție, rămânând nesigure pe ele.

Prevalența

Tulburarea de personalitate evitantă este la fel de frecventă la bărbați și la femei.

Prevalența se situează între 0,5 % și 1 % în populația generală, iar la pacienții ambulatori, de aproximativ 10 %.

4.3.9. Tulburarea de personalitate dependentă

Nicu, un băiat de 18 ani, elev mărturisește terapeutului că atunci când era mic, la un moment dat avea convingerea că unchiul său, fratele tatălui, și mătușa sa erau adevărații săi părinți iar pe părinți îi percepea ca pe un fel de frați mai mari care încercau să-l îngrijească. O întâmplare nefericită i-a determinat să se mute câțiva ani la unchiul și mătușa sa. Pentru el unchiul era un fel de supraom care reușea să rezolve orice problemă. Dar atunci când cineva avea o părere diferită de a lui apărea un conflict, pentru că acesta să se finalizeze în favoarea unchiului său.

Împrejurarea respectivă, ca părinții săi să depindă mult de unchiul său, l-a determinat pe Nicu să creadă că întotdeauna trebuie să te faci iubit și protejat de oameni puternici.

Tulburarea de personalitate dependentă se caracterizează prin necesitatea excesivă de a fi supervizat de cineva ducând la un comportament adeziv și la frica de separare. Acest comportament provine din autoperceperea de a fi incapabil de a funcționa adecvat fără ajutorul altora. Indivizii cu o astfel de tulburare întâmpină dificultăți în luarea deciziilor cotidiene fără sfaturi din partea altora.

Când sunt nevoiți să-și asume responsabilități importante pentru ei, fac apel la alte persoane; au dificultăți în a-și exprima dezaprobarea față de alții, de teama de a nu pierde aprobarea acestora; în a iniția proiecte ori în a face anumite lucruri în mod independent fiind lipsiți de încredere în sine și consideră că au nevoie de ajutor pentru a duce la îndeplinire sarcinile. Sunt adesea preocupați de frica de a fi lăsați să-și poarte singuri de grijă și se simt lipsiți de ajutor când rămân singuri.

Prevalența

Acestă tulburare este foarte frecventă în raport cu tulburările de personalitate întâlnite în clinici.

4.3.10. Tulburarea de personalitate obsesiv-compulsivă

Este caracterizată de preocuparea pentru ordine, perfecționism și control mental și interpersonal în detrimentul flexibilității, deschiderii și eficienței. Indivizii cu această tulburare sunt preocupați pentru reguli, detalii banale, liste, planuri, ajungând ca obiectivul major al activității să fie pierdut. Ei pot deveni atât de implicați în executarea absolut perfectă a fiecărui detaliu al unui proiect, înât proiectul nu este terminat niciodată.

De exemplu: *finalizarea unui raport scris este întârziată de numeroasele rescrieri consumatoare de timp care toate sunt realizate în scopul perfecțiunii* (DSM - IV, 1994).

Sunt hiperconștincioși, rigizi, scrupuloși și inflexibili în probleme de morală, etică și valori; sunt reticenți în a delega sarcini sau în a colabora cu alte persoane, doar cu condiția ca acestea să adopte stilul lor și pot fi avari în cheltuielile financiare.

Prevalența

Studiile sugerează o prevalență estimată la aproximativ 1 % în eșantioanele comunitare și aproximativ 3 % - 10 % la indivizii care se prezintă la clinică.

4.4. Relația psihologului clinician cu pacientul cu tulburare de personalitate

Pacienții cu tulburare de personalitate de cele mai multe ori au un grad crescut de anxietate, furie, indignare și nevoie de a pedepsi.

Oferirea pacienților cu tulburare de personalitate de tip obsesiv-compulsiv a cât mai mult control asupra tratamentului pe care îl urmează sau a deciziilor asupra activităților zilnice îi poate scădea anxietatea și revendicativitate (Tudose și colab., 2002).

Pacienții cu o astfel de tulburare necesită un mediu limitat și supravegheat.

O bună îngrijire a pacientului cu tulburare de personalitate este dificilă de realizat și urmărește optimizarea următorilor factori conform opiniei lui Tudose și colab. 2002:

- **comunicarea:** pacientul are nevoie să i se descrie simplu și adevărat starea medicală pe care o are și tratamentul pe care trebuie să îl urmeze;
- **personal constant:** pacientul poate intra în panică repede dacă nu poate identifica membrii personalului care au fost repartizați pe secția respectivă. Ar fi bine, ca o singură persoană să comunice toate deciziile, dar în realitate nu este posibil așa ceva;
- **justificarea:** pacientul are sentimentul că cineva trebuie să aibă grijă de el permanent. Cu toate că este dificil pentru personal acest lucru este necesar de știut că sentimentul acesta este modul prin care pacientul încearcă să facă față stării prin care trece

atunci când este speriat. Pacientul trebuie asigurat că este înțeles în ceea ce cere doar că are nevoie de o îngrijire cât mai bună și astfel va continua să urmeze tratamentul recomandat de experiența și judecata echipei care îl îngrijește.

- **limite ferme:** pacientul are multe cereri și se înfurie foarte repede când acestea nu-i sunt îndeplinite. El deseori amenință că își va face rău singur sau că va părăsi spitalul dacă nu-i sunt satisfăcute așteptările. Nu este bine să fie contrazis pacientul, dar trebuie stabilite limite pentru problema de comportament și trebuie avertizat că va fi imobilizat.

Cap. 5 Schizofrenia

Cristina, o tânără în vârstă de 21 de ani, a fost internată la Clinica de Psihiatrie pe baza trimerii medicului de familie. Părinții Cristinei, la internare, au spus că în urmă cu câteva luni comportamentul fiicei lor s-a schimbat foarte mult. În timpul liceului a fost o elevă bună iar acum este la facultate în anul doi, dar în ultima sesiune și-a căzut toate examenele. În timpul liceului a făcut înot dar acum nu mai înnoată deloc. În ultima vreme acuză mereu dureri ale capului și astfel nu este într-o formă bună, susține ea. Toată săptămâna a stat cea mai mare parte a timpului în camera sa uitându-se pierdută pe fereastră iar de igiena proprie nu se mai ocupa.

Tot părinții au relatat faptul că și în copilărie era timidă, iar cea mai mare parte a timpului o petrecea singură neavând prietene apropiate.

La discuția cu medicul psihiatru și psihologul clinician nu dădea nici o informație în mod voluntar, răspunzând direct la întrebări fără nici o expresivitate emoțională și de multe ori răspunsurile nu aveau nici o legătură logică cu întrebările.

Întrebată fiind dacă a mai fost în spital, în momentul când afirma că doar când a fost operată de apendicită a izbucnit în hohote de râs. Altădată a devenit agitată și vorbea despre faptul că aude mereu o voce care îi spune că trebuie să aibă grijă ce vorbește, pentru că de fapt este prezentatoare de știri la o televiziune națională și s-ar putea să fie transmisă pe post.

5.1.Delimitare conceptuală

Conform manualului de diagnostic și statistică a tulburărilor mintale DSM – IV, schizofrenia este definită ca o “Tulburare mentală care durează cel puțin șase luni și presupune pentru cel puțin o lună existența unui episod acut de boală (adică existența a două sau mai multe simptome dintre următoarele: idei delirante, halucinații, dezorganizarea vorbirii, comportament profund dezorganizat sau catatonie, simptome negative)”.

Schizofrenia a fost denumită “demența precoce” deoarece demența se referă la imposibilitatea funcționării zilnice a individului iar precoce deoarece are un debut în adolescență.

Schizofrenia este de departe boala cea mai impresionantă, mai devastatoare înăuntrul ființei și cea mai pustiitoare în prejurul ființei bolnave. Schizofrenia este boala însingurării absolute. Ea este eminamente umană pentru că omul așa cum a ajuns, el nu are sens decât între oameni, iar schizofrenia îl scoate din realitate și dintre oameni (Cornuțiu, 2003).

Schizofrenia distruge coeziunea și unitatea conștiinței personalității. Bolnavul este “un suflet frânt care reflectă realitatea ca o oglindă spartă” (adică fiecare fragment altceva) (Tudose și colab, 2002).

A fost denumită și “Cancerul bolilor mintale” având o rată de suicid de 10 %.

Schizofrenia apare în toate culturile și afectează aproape 1 % din populație, apare în mod egal la bărbați și femei și de obicei se instalează în adolescență sau perioada adultă timpurie, majoritatea cazurilor debutând între 15 și 35 de ani. Persoanele diagnosticate cu schizofrenie necesită de obicei spitalizare. Această patologie ocupă aproape jumătate din paturile spitalelor de boli mentale.

În unele cazuri, schizofrenia debutează lent ca un proces gradual de intensificare a izolării și a comportamentului inadecvat. În altele, însă, debutul schizofreniei e brusc, fiind caracterizat prin confuzie intensă și instabilitate emoțională.

5.2. Tablou clinic

Fie că debutează lent sau brusc, schizofrenia nu are o singură trăsătură definitorie ci simptomele sunt numeroase și variate.

Caracteristica clinică principală a schizofreniei este aceea că individul pare rupt de ambianță, de realitate și apare o disociere între funcțiile și procesele psihice.

Simptomele caracteristice ale schizofreniei au fost împărțite în grupuri de simptome pozitive (distorsiuni sau exagerări ale funcțiilor normale) și simptome negative (diminuarea funcțiilor normale) în viziunea lui Tudose și colab. 2002 după cum urmează:

Simptome pozitive

Simptome	halucinații	idei delirante	vorbire dezorganizată	comportament bizar
Funcția deteriorată	percepția	gândirea inferențială	gândire, limbaj	comportament

Simptome negative

Simptome	alogie	aplatizarea afectului	abulie	anhedonie
Funcția deteriorată	fluența vorbirii și gândirii	expresia emoțională inferențială	voință și pulsione	capacitate hedonică

Halucinațiile și ideile delirante sunt de mai multe tipuri:

- halucinații – auditive
 - vizuale
 - tactile
 - olfactive
- idei delirante – de persecuție
 - de grandoare
 - mistice
 - de gelozie
 - somatice

Criteriile DSM – IV pentru schizofrenie sunt:

Criteriul A : Simptome caracteristice pentru cel puțin o lună de zile

Criteriul B : Disfuncționalitate socială, ocupațională

Criteriul C : Durata totală: unele semne ale tulburării trebuie să persiste o perioadă continuă de cel puțin șase luni

Criteriul D : Excluderea bolii schizoafective și a tulburărilor de dispoziție

Criteriul E : Excluderea condițiilor somatice și a celor generate de substanțe.

Forme clinice de schizofrenie

Formele clinice de schizofrenie sunt caracterizate prin simptomatologia predominantă.

a. Schizofrenia paranoidă

Elementele esențiale ale schizofreniei paranoide sunt ideile delirante de persecuție sau de grandoare dar și ideile delirante cu alte teme: de gelozie, religie sau somatice. De cele mai multe ori sunt prezente iluzii și halucinații auditive care au legătură deseori cu

tema delirantă.

Acești indivizi de regulă prezintă doar puțină sau nici un fel de deteriorare la testarea funcțiilor cognitive.

Debutul tinde să fie mai târziu în cursul vieții, decât la celelalte forme. Temele de persecuție pot determina indivizii: la comportamente suicidare, iar sub influența ideilor delirante pacienții pot scrie memorii.

Trasăturile asociate cuprind: anxietatea, furia, răceala și cearta. Pacienții au cel mai bun prognostic dintre toate formele clinice schizofrenice.

b. Schizofrenia dezorganizată

Caracteristicile principale sunt: limbajul dezorganizat, comportamentul dezorganizat și afectivitatea plată.

Ideile delirante sau halucinațiile sunt fragmentare și neorganizate pe o temă precisă. Ca elemente asociate pot exista: manierisme, grimase sau alte bizarerii în comportament.

În trecut această formă de schizofrenie purta numele de schizofrenie hebefrenică.

Debutul este precoce apare în adolescență la vârste tinere sub 20 de ani, fără remisiuni semnificative.

c. Schizofrenia catatonică

Elementul esențial al acestei forme este perturbarea psihomotorie. Pacienții cu schizofrenie catatonică prezintă flexibilitate ceroasă, mutism, ecolalie și ecopraxie, imobilitate motorie.

Dacă sunt așezați într-o anumită poziție vor rămâne în poziția respectivă o perioadă lungă de timp.

Tulburările psihomotorii pot varia de la un pol la altul, astfel

pacientul poate fi complet imobil sau într-o formă maximă de agitație – psihomotorie, necesitând o supraveghere atentă pentru a nu se vătăma pe sine sau pe alții. Ecolalia este repetarea fără sens “ ca de papagal ” a cuvintelor sau expresiile pronunțate de alte persoane.

Ecopraxia constă în imitarea repetată a gesturilor altei persoane.

d. Schizofrenia reziduală

Presupune faptul că a existat în trecut cel puțin un episod acut de schizofrenie dar tabloul clinic actual nu prezintă simptome psihotice pozitive notabile (de ex: idei delirante, halucinații, limbaj sau comportament dezorganizat).

Se poate observa o retragere socială importantă; abulie iar dacă sunt prezente bizarerii în comportament, halucinații sau idei delirante ele nu sunt marcate nefiind însoțite de un efect puternic.

e. Schizofrenia simplă

Caracteristica principală cuprinde mai multe simptome negative, respectiv:

- izolare, însingurare
- detașare de mediu
- scăderea activității profesionale și sociale
- sistemul volitiv deficitar
- rigiditate afectivă

f. Schizofrenia nediferențiată

Cuprinde acele persoane care nu pot fi integrate în nici una din categoriile precedente sau care întrunesc criterii pentru mai mult decât o singură formă clinică.

Există și două subtipuri de tulburare: **schizoafectivă** și **schizofreniformă**.

- Tulburarea schizoafectivă se caracterizează printr-o perioadă neîntreruptă de maladie în cursul căreia la un anumit moment, există un episod depresiv major, maniacal sau mixt, concomitent cu simptomele care satisfac criteriul A pentru schizofrenie. În cursul acelei perioade de maladie există idei delirante sau halucinații cel puțin două săptămâni. Simptomele tulburării schizoafective pot apărea într-o varietate de patternuri temporale. Următorul este un pattern tipic: un individ poate avea halucinații auditive și idei delirante de persecuție pronunțat timp de două luni înaintea episodului major.

Perioada totală de maladie durează timp de aproape șase luni, cu simptome psihotice prezente în cursul primelor două luni, atât cu simptome depresive cât și psihotice prezente în cursul următoarelor trei luni.

- Tulburarea schizofreniformă. Caracteristicile esențiale ale tulburării schizofreniforme sunt identice cu cele ale schizofreniei (criteriul A), cu excepția a două diferențe: durata totală a maladiei (include fazele prodromală, activă și reziduală) este cel puțin o lună, dar de mai puțin de șase luni, deteriorarea activității profesionale în cursul unei faze a maladiei nu este obligatorie, cu toate că poate apărea.

5.3. Evoluție, prevalență și factorii etiopatogenici

Mecanismele de producere a bolii rămân necunoscute și în prezent. Cercetările au demonstrat că rudele biologice de gradul I ale persoanelor cu schizofrenie au un risc de schizofrenie care este de aproape zece ori mai mare decât cel din populația generală. Studiile

pe copii adoptați au arătat că rudele biologice ale indivizilor cu schizofrenie au un risc crescut de schizofrenie pe când rudele adoptive nu.

Prevalența nu este diferită în raport cu zona geografică; prevalența în cursul vieții este estimată între 0,5 % - 1 %.

Prevalența – generală este de 1 %;

- copii cu un părinte schizofren 12 %;
- copii cu doi părinți schizofreni 40 %;
- frați ai pacientului schizofren 8 %;
- gemeni dizigoți ai pacientului schizofren 12 %;
- gemeni monoziigoți ai pacientului schizofren 47 %.

Incidența, adică numărul de îmbolnăviri noi pe an este de 1 la 10.000.

Debutul în cele mai multe cazuri este între 20-35 ani, vârsta de debut mai mic la bărbați, iar la femei sunt prezente mai des halucinațiile auditive și simptomatologia afectivă (Tudose și colab. 2002).

Studiile despre evoluția și deznodământul schizofreniei demonstrează că evoluția poate fi variabilă, unele persoane prezentând exacerbări și remisiuni, iar altele rămânând cu suferința cronică (DSM - IV, 1994).

Remisiunea completă, revenind la nivelul premorbid, este foarte rară în cazul acestei tulburări.

Schizofrenia poate debuta sub diferite forme, conform opiniei lui Cornuțiu, G., 2003.

- a. Debutul nevrotic, care poate să inducă în eroare pe specialiști. În prima fază apar stări de oboseală, insomnii cu cefalee, oboseală și crize de isterii. Aceste simptome nevrotiforme au o atipie care se accentuează progresiv. Pacienții încep să susțină că numai pot gândi, că se află în centrul atenției, că au mulți dușmani, treptat ei

devenind izolați și ciudați. Boala are o evoluție constantă iar în câteva săptămâni sau luni cazul devine vizibil psihotic

- b. Debutul psihopat, când bolnavii sunt inhibați, agresivi, ostili față de mediu, numai țin cont de valorile morale pe care altădată le respectau: fură, vagabondează, având tulburări grave de comportament.
- c. Debutul judiciar. La astfel de pacienți debutul se prezintă prin faptele lor cu caracter penal. În momentul examenului psihiatric judiciar se observă că de fapt cazul a debutat cu luni de zile înainte și a devenit relevant doar după săvârșirea: tâlhăriei, crimei, etc.
- d. Debutul zgomotos, halucinator, delirant, fiind ușor de sesizat și diagnosticat.
- e. Debutul insidios, care are loc prin apariția simptomelor negative care în cursul timpului se vor completa cu simptome pozitive, dar în unele cazuri rămâne schizofrenia simplă.
- f. Debutul oneiroid care poate simula o stare schizofreniformă ridicând probleme mari de diagnostic diferențial.
- g. Debutul afectiv, care poate fi de tip depresiv, atipic sau tip excitație paranoică cu trăsături de tip maniacal.
- h. Evoluția naturală a schizofreniei este influențată într-o mare măsură de forma clinică, de exemplu: forma clinică evoluează lent dar constant progresiv spre deteriorare cu toate că există și posibilitatea să apară oprirea spontană a evoluției. Forma schizoafectivă evoluează episodic. Tratamentul neuroleptic a schimbat total evoluția naturală a schizofreniei. În urma debutului, după faza acută urmează în timpul tratamentului, faza reziduală în care cazul prezintă doar “ urme” simptomatologice. Stadiul final post procesual este stabil definind nivelul de reorganizare funcțională a psihismului. Există cazuri în care

persistă simptome din faza reziduală și atunci se pune problema unui "defect post procesual" fie nevrotic, fie psihotic sau psihopat atunci când personalitatea s-a deformat datorită psihozei.

- i. Un nivel important în evoluția schizofreniei este stadiul de restructurare a conștiinței de sine după un episod acut, de regulă după episodul de debut. La majoritatea cazurilor apare o stare depresivă care are pe lângă un caracter psihologic reactiv, o reorganizare a sistemelor de neurotransmisie și neuroreceptorare, de restabilire a raporturilor dintre ele. În evoluția bolii acest stadiu este foarte periculos deoarece 10 % -12 % din toți schizofrenii se sinucid în această fază depresivă.
- j. Stadiul de caz deteriorat care apare în situația tratamentului cu neuroleptice clasice la 20 -25 din cazuri. Este vorba de cazurile cronice noncompliance care implică internarea în secțiile de cronici.
- k. Recăderea în această patologie este un fenomen evolutiv care constă în agravarea unei simptomatologii sau în reapariția unor simptome acute după o perioadă de compensare. Deci evoluția bolii are loc în pusee, care nu sunt altceva decât recăderi. Nu există tratament care să împiedice această evoluție a bolii. Cele mai întâlnite semne ale unei posibile recăderi al unui pacient cu schizofrenie sunt: depresia și disforia, insomnia, neliniștea, suspiciunea, halucinațiile dar și perturbarea comportamentului social. Dacă în debut distanța dintre primul simptom prodromal și primul semn psihotic este lung, în recădere ea este scurtă.

Investigarea psihologică a schizofrenului ridică multe probleme deoarece pacientul colaborează greu, deoarece se raportează greu la interlocutor. În faza acută colaborarea fiind practic imposibilă, ea putându-se realiza după remiterea manifestărilor acute. Pacientul va

fi investigat și în perioada tratamentului medicamentos cu specificarea că acesta va fi întrerupt cu 24 de ore înainte de investigație.

Atitudinea schizofrenului la examenul psihologic este modificată, în funcție de intensitatea patologiei; de la dificultatea intrării în relație până la cooperarea minimă; de la neresponsivitate la solicitarea nonverbală a examinatorului, până la întreruperile, reluările și referințele personale care situează pacientul în afara relației și a situației respective, în ciuda faptului că reacțiile sale emoționale încearcă să demonstreze implicarea sa în activitate. În timpul desfășurării examenului psihologic se va observa comportamentul schizofrenului și modificările acestui comportament (Tudose și colab.,2002).

Cap. 6 Tulburările delirante

Doamna Florica, de 56 de ani s-a prezentat la medic deoarece i-a intrat în cap ideea că nora sa dorește să o determine să-și părăsească apartamentul cu patru camere în care locuia. Relațiile dintre cele două nu au fost întotdeauna bune, iar de câțiva timp d-na Florica se plânge că este persecutată de nora sa. Treptat tot ce observa în comportamentul acesteia devenea un indiciu al faptului că dorința ei era de a o face să plece.

“Portarul de la scara blocului cu siguranță a fost pus de nora sa o urmărea când pleca și când se întorcea acasă. Într-o zi a venit domnul să-i citească contoarele de apă și siguri i-a instalat microfoane”, spune d-na Florica. Pe scara blocului a văzut scrise amenințări de la nora sa.

Acum era convinsă că atunci când lipsește de acasă nora intră și îi mută obiectele de la locul lor.

Faptul că era convinsă că este supravegheată și urmărită îi determinase o asemenea stare încât nici nu mai dormea noaptea, ascultând orice zgomote din bloc și i se părea suspect tot ce auzea.

6.1. Delimitare conceptuală

Tulburare în care ideile delirante de lungă durată reprezintă unica sau cea mai pregnantă caracteristică clinică și nu poate fi clasificată ca fiind o tulburare organică, afectivă sau schizofrenie (Tudose și colab., 2002).

Tulburările delirante modifică înțelegerea și reprezentarea lumii, astfel încât comportamentul pacientului este grav perturbat.

Pe clinicieni i-a preocupat în mod special relația dintre personalitatea de fond, dinaintea apariției bolii și tulburarea respectivă. Sugestive în acest sens sunt studiile lui Kretschmer care a sugerat că este o continuitate între cele două aspecte.

Dacă se ia în considerare ansamblul existenței persoanei din punct de vedere al biografiei, a structurii caracteristice și a evenimentelor trăite s-a încercat o demarare între tulburările mentale “comprehensibile”, (care pot fi înțelese în raport cu firescul vieții umane, chiar dacă au o intensitate crescută), și tulburările delirante care apar ce fiind incomprehensibile.

Prin **delir** se înțelege o convingere patologică într-o idee (temă) neadevărată, aberantă care nu poate fi modificată prin diverse argumente și captează preocupările bolnavului, determinând un comportament anormal. De exemplu, convingerea că subiectul este urmărit de extraterestrii (Lăzărescu și Ogodescu, 1995).

6.2. Tablou clinic

Elemente de diagnostic pentru tulburarea delirantă conform DSM-IV.

Criteriul A. Idei delirante nonbizare care persistă cel puțin o lună.

Criteriul B. Diagnosticul nu se pune dacă persoana a avut în trecut un tablou clinic care a satisfăcut criteriul pentru schizofrenie. Halucinațiile tactile și olfactive pot fi prezente în tulburarea delirantă dacă sunt în concordanță cu tema delirantă.

Criteriul C. Prezența ideilor delirante, funcționarea psihosocială nu este alterată considerabil, iar comportamentul nu este bizar sau straniu

Criteriul D . Dacă în timpul ideilor delirante au apărut episoade depresive, durata lor a fost mai scurtă comparativ cu durata perioadelor delirante.

Criteriul E. Tulburarea delirantă nu se datorează efectelor fiziologice directe ale unei substanțe (de ex. droguri) sau a unei boli.

Funcționarea psihosocială prezintă multiple variații. La unii subiecți este greu de sesizat prezența patologiei în raportul lor cu ceilalți oameni pe când unii au o funcționare profesională redusă sau chiar absentă și se izolează social.

Când în tulburarea delirantă este prezentă reducerea funcționării psihosociale aceasta este determinată de convingerile delirante. De exemplu: *“un individ este convins că va fi ucis de mafia ucigașilor plătiți”* își va lăsa serviciul și va refuza să mai iasă din casă decât foarte rar (DSM – IV, 1994).

Un aspect comun a pacienților cu tulburare delirantă îl constituie normalitatea aparentă a comportamentului în situația în care nu sunt puse în discuție ideile lor delirante, iar comportamentul lor nu este influențat de acesta.

Subtipuri ale tulburării delirante

Subtipurile de tulburare delirantă pot fi specificate pe baza temei delirante predominante:

• **Tipul erotoman**

Tema centrală a delirului o constituie faptul că o altă persoană este îndrăgostită de individ(ă). De cel mai multe ori ideea delirantă se referă la o dragoste romantică, idealizată decât la atracția sexuală. Persoana față de care se are această convingere are, de regulă, un statut mai înalt (de ex: un superior la serviciu) cu toate că poate fi și una complet străină. Individul deseori încercă să contacteze obiectul ideii delirante prin apeluri telefonice, scrisori, cadouri, chiar supraveghere, dar în anumite cazuri poate ține secretă ideea delirantă.

În eșantioanele medico-legale cei mai mulți indivizi sunt bărbați iar în eșantioanele clinice sunt femei.

• **Tipul de grandoare**

Tema centrală a delirului o reprezintă convingerea că are un mare (dar nerecunoscut) talent sau că a făcut o mare descoperire. Ideile delirante de grandoare pot avea și conținut religios (de ex: persoana se consideră divinitate).

• **Tipul de gelozie**

Tema centrală a delirului este că soțul sau soția este infidel(ă). La această idee se ajunge fără a exista o cauză reală ci are la bază așa-zise dovezi (de exemplu: neglijență vestimentară sau pete pe pătură)care sunt utilizate pentru a-și justifica delirul. Persoana cu delir își confruntă de regulă soția / soțul și încearcă să intervină în această infidelitate presupusă (de ex. restrânge autonomia soției / soțului, îl / o urmărește în secret).

• **Tipul de persecuție**

Tema centrală a delirului implică convingerea persoanei că se conspiră împotriva sa, că este spionată, înșelată, otrăvită sau drogată, tratată cu răutate sau împiedicată în urmărirea obiectivelor sale pe termen lung. Umilințe minore pot fi exagerate și devin nucleul unui sistem delirant. Nucleul delirului îl reprezintă de cele mai multe ori, o injustiție oarecare care trebuie remediată prin acțiune legală (“paranoia cverulentă”) iar persoana afectată se poate angaja în tentative repetate pentru a obține satisfacții făcând apel la tribunale sau la alte agenții guvernamentale.

Persoanele cu idei delirante de persecuție, sunt pline de resentimente recurgând de multe ori la violență contra celor care cred ei că i-au jignit.

• **Tipul somatic**

Tema centrală a delirului implică funcții sau senzații corporale.

Ideile delirante somatice pot apărea în diferite forme, și mai poartă denumirea de idei delirante hipocondriace. Cele mai frecvente reprezintă convingerea persoanei că ea emite un miros urât din piele, gură, că este infestată cu insecte pe sub tegumente sau că anumite părți ale corpului sunt diforme sau hidoase (în ciuda faptului că realitatea contrazice această convingere) sau că anumite părți ale corpului (glande sau intestine) nu funcționează.

- **Tipul mixt**

Acest subtip se aplică când nu predomină nici o temă delirantă.

- **Tipul nespecificat**

Se aplică în situația în care convingerea delirantă dominantă nu poate fi clar stabilită sau nu se înscrie în tipurile specifice (de ex: idei delirante de referință, fără o componentă de persecuție sau de grandioarea notabilă).

Tulburarea delirantă cuprinde sub denumirea aceasta și următoarele psihoze delirante cronice neschizofrenice.

- **Paranoia**

În opinia lui Gorgos C., 1985 paranoia este considerată ca o psihoză endogenă care se caracterizează prin evoluția continuă a unui sistem delirant durabil și impenetrabil la critică, dezvoltându-se insidios pe fondul conservării complete a ordinii și clarității gândirii, voinței și acțiunii.

Elementele definitorii sunt:

- delir cronic bine sistematizat nehalucinator;
- discrepanță între aspirații și posibilități;
- personalitate premorbidă specifică (rigidă, hipertrofie a Eu-lui).

- **Parafrenie**

Cuprinde un grup de psihoze endogene cronice caracterizate prin luxurianța fantastică a producției delirante în contrast cu buna adaptare la mediu.

Elementele definitorii sunt:

- caracterul fantastic al temelor delirante;
- juxtapunerea unei lumi fantastice realului în care bolnavul continuă să se adapteze bine;
- menținerea unei perioade îndelungate de timp a nucleului personalității;
- predomină limbajul asupra acțiunii (Gorgos, 19859).

- **Delirul senzitiv de relație**

Este un delir de interpretare care se instalează indios pe fondul unei personalități premorbide senzitive (Kretschmer apud Gorgos, 1985).

Debutul are ca antecedente situații umilitoare, eșecuri sentimentale care rănesc orgoliul crescut al pacientului. Delirul apare brusc datorită unor conflicte dintre bolnav și anturajul său: vecini, colegi, membrii de familie. Pacientul este convins că persoane din anturaj îi cunosc gândurile ascunse sau îl arată cu degetul. Delirul este mai frecvent întâlnit la persoanele emotive, rezervate.

6.3. Factorii care influențează apariția tulburării

În prezent cauzele care determină tulburările delirante sunt necunoscute dar conform studiilor epidemiologice și clinice în apariția acestei tulburări, un rol important îl au anumiți factori de risc conform opiniei lui Tudose și colab., 2002:

- trăsăturile de personalitate;
- istoricul familial;
- izolarea socială;
- deteriorare senzorială / izolare;
- vârstă avansată;
- emigrare recentă.

Există și un număr mare de condiții medicale în care ideile delirante din această tulburare pot apărea, respectiv:

- tulburări neurologice: boli cerebrovasculare, tumori cerebrale, demență, pierderea auzului, epilepsie, etc.
- boli metabolice și endocrine: hipoglicemie, boli tiroidiene;
- infecții: SIDA, sifilis;
- abuz de alcool și droguri;
- intoxicații (arsenic, dioxid de carbon);
- demențe (Alzheimer, Pick).

6.4. Evoluție și prevalență

Tulburarea delirantă este relativ rară în mediile clinice, studiile cele mai multe demonstrând că tulburarea este întâlnită la 1 % până la 2 % din pacienții internați. Vârsta de debut a tulburării delirante este vârsta adultă medie sau târzie. Tipul de persecuție este cel mai frecvent întâlnit. Evoluția este foarte variabilă, iar în tipul de persecuție tulburarea este cronică. Există cazuri în care perioadele de remisiune complete pot fi urmate de recăderi consecutive, dar sunt și cazuri în care tulburarea se remite în decurs de câteva luni fără decăderea ulterioară.

Cap. 7 Tulburările afective

Ioana, în vârstă de 36 de ani, funcționară la o firmă, s-a prezentat într-o zi la terapeut, spunând că nu mai suportă ideea că nu merită să fie fericită.

A primit o educație strictă, iar la vârsta de 24 de ani s-a căsătorit cu Sandu cu care are doi copii și care este o persoană puternică și plin de optimist având grijă să nu-i lipsească nimic Ioanei.

Dar cu toate că soțul ține la ea, iar copiilor le merge bine, ei i se pare că nu-I iubește îndeajuns. Sunt zile, spune ea, când până și prezența lor o percepe ca pe o povară, o responsabilitate pe care simte că nu și-o mai poate asuma.

Uneori are impresia că și-a ratat viața fără să poată spună de ce și că nu este nevoie de prea mult ca să aibă iarăși un sentiment de culpă și să se învinuiască adesea că ar fi egoistă și că se gândește doar la ea. De cele mai multe ori când i se dă o veste bună sau când află de un eveniment pozitiv și are momente de bucurie, aproape întotdeauna se gândește că îndată i se va întâmpla ceva rău ca și cum orice bucurie ar trebui plătită "cu un necaz".

Acum o macină gândul că nu merită să fie fericită iar viitorul îl percepe ca fiind lipsit de speranță.

7.1. Definiție

Depresia este un termen destul de larg a cărei sferă se întinde de la o tulburare de dispoziție trecătoare, până la o boală psihică gravă.

Trăirile afective, oscilațiile normale, motivate ale timiei sunt

supuse legii polarității: pornind de la o stare de echilibru care semnifică trăirea eutimică (de confort afectiv) până la unele modificări din mediu sau din structura personalității individului tind să schimbe echilibrul anterior, amplificând trăirea, deplasând-o spre un pol sau altul, determinând distimie. Aceasta recunoaște o gamă de nuanțe cu întindere între polul negativ și cel pozitiv al afectivității, între depresie și euforie, stări care pot atinge o intensitate psihotică. În forma ei clinică, majoră, psihotică, depresia s-a impus atenției antichității, fiind probabil prima boală psihică recunoscută și descrisă. Cahen R. (1967) arată că Homer, Plutarch, Hipocrat și Areteu au descris boala “ la fel de viu și elocvent ca orice observator modern semnalând: circumstanțele de apariție, corelarea simptomelor, regularitatea remisiunilor, deosebirea de schizofrenie și tulburările senile, dar și măsurile medicale psihologice și de mediu, care trebuie luate în seamă în vederea tratamentului” (Bradley, Mathews, 1983).

Diferența dintre o tristețe firească sau o reacție de supărare și depresia ca simptom, este de ordin cantitativ și nu calitativ. Singurul criteriu care poate defini trecerea unei trăiri afective firești prin creșterea în intensitate, în simptom psihopatologic este criteriul funcțional, momentul în care performanțele umane încep să se prăbușească.

Există un continuu absolut între normalitatea afectivă de fiecare zi, între supărarea inerentă decepțiilor și bucuria reușitei, ori între suferința copleșitor depresivă și euforia explozivă. Acest aspect dă unitate universului afectiv uman. De aceea tulburările afective ori cât de intens psihotice ar fi, ne fac să rezonăm, ne comunică ceea ce percepem ca putându-ne defini și pe noi oricând. (Cornuțiu, 2003).

Tulburările afective au ca element predominant o perturbare de dispoziție.

7.2. Clasificarea tulburărilor afective

7.2.1. Episoade afective - cuprind

• Episodul depresiv major

Caracteristica principală a episodului depresiv major și care se menține o perioadă de cel puțin două săptămâni, este fie dispoziția depresivă, fie pierderea intersului sau plăcerii pentru aproape toate activitățile.

Dispoziția dintr-un episod depresiv major este descrisă de multe ori, de către persoana respectivă ca depresivă, tristă, pesimistă, disperată, descurajată. Unele persoane accentuează mai repede acuzele somatice (de ex: disconfortul somatic) decât pe descrierea sentimentelor de tristețe.

Trăirea depresivă este simptomul nucleu. De cele mai multe ori este evidentă pentru cei din jur dar o afirmă și bolnavul. Uneori plânge fără motive și fără a se putea opri, întrebându-se singur de ce? Deseori bolnavul arată fără vlagă, plictisit sau stors de viață. Depresia este prezentă zi de zi, aproape sau toată ziua. Durerea este atât de înrădăcinată în toată ființa încât nici cea mai bună glumă nu-l pot scoate din această stare. În plus, trăirea propriei depresii este atât de intensă încât funcționarea persoanei se prăbușește în plan familial, profesional și social.

Mulți indivizi acuză deteriorarea capacității de a gândi, de a se concentra sau de a lua decizii. Sunt frecvente gândurile de moarte, ideea suicidară sau tentativele de suicid.

• Episodul maniacal

Este definit printr-o perioadă distinctă în cursul căreia există o dispoziție crescută, expansivă sau iritabilă anormală și persistentă. Această perioadă de dispoziție durează cel puțin o săptămână.

Stima de sine exagerată este de regulă prezentă, ajungând până la grandoarea marcată. Vorbirea maniacală este de regulă sonoră, rapidă și greu de întrerupt.

Frecvent, episoadele maniacale apar după stresori psihosociali. Episoadele durează de regulă de la câteva săptămâni la câteva luni, sunt mai scurte și se termină mai brusc decât episoadele depresive majore.

Bolnavul este plin de veselie contagioasă, entuziast, volubil, zgomotos, săritor, abordează pe toată lumea făcând cele mai uluitoare propuneri oricui îi iese în cale. Zâmbitor, izbucnește în râs zgomotos la cel mai neînsemnat gest de simpatie dar la fel de zgomotos poate exploda în iritabilitate și violență greu de controlat. Instabilitatea stărilor emotive face parte din tabloului maniacului.

• Episodul mixt

Se caracterizează printr-o perioadă de timp, care durează cel puțin o săptămână în care sunt satisfăcute criteriile atât pentru episodul maniacal cât și pentru episodul depresiv major, aproape în fiecare zi.

Este caracteristică schimbarea rapidă a dispoziției, astfel că în decursul aceleași zi se pot întâlni ambele stări. Individul experimentează rapid dispoziții alternanțe (tristețe, euforie, iritabilitate) alături de simptome ale episodului maniacal și episodul depresiv major.

Pacientul manifestă frecvent agitație, insomnie, dereglarea apetitului, elemente psihotice și idei de suicid. Activitatea socială sau profesională este perturbată.

• Episodul hipomaniacal

Un episod hipomaniacal este definit ca o perioadă distinctă în cursul căreia există o dispoziție crescută, sau iritabilă anormală și persistentă care durează cel puțin patru zile. Dispoziția anormală

trebuie să cuprindă trei din următoarele simptome: stima de sine exagerată, sau grandoarea, scăderea necesității de somn, accelerarea vorbirii, fuga de idei, agitație psihomotorie. Aceste simptome sunt cuprinse și în episodul maniacal, exceptând faptul că ideile delirante sau halucinațiile nu pot fi prezente.

Istoricul obținut de alți informatori este extrem de important în evaluarea adolescenților.

În raport cu episodul maniacal, episodul hipomaniacal nu este suficient de sever pentru a determina deteriorarea semnificativă în funcționarea socială sau profesională.

Bolnavii nu necesită internare și doar în anumite cazuri fac apel la tratamentul psihiatric.

7.2.2. Tulburările depresive

• Tulburarea depresivă majoră

Se caracterizează printr-o evoluție clinică care cuprinde unul sau mai multe episoade depresive majore, fără a avea un istoric de episoade maniacale, mixte sau hipomaniacale.

Episoadele de tulburare depresivă majoră apar ca urmare deseori a unui stresor psihosocial sever cum ar fi moartea unei ființe iubite sau divorțul. Studiile demonstrează că evenimentele psihosociale (stresorii) pot juca un rol mai important în declanșarea primului sau celui de al doilea episod de tulburare depresivă majoră și un rol redus în apariția episoadelor următoare.

Evoluție și prognostic

Tulburarea depresivă majoră este de 1,5 – 3 ori mai frecventă printre rudele biologice ale persoanelor cu această tulburare decât în populația generală. Acest tip de tulburare poate începe la orice vârstă.

Evoluția tulburării depresive majore recurente este variabilă. Unele persoane au episoade izolate, separate mulți ani fără nici un fel de simptome depresive, în timp ce altele au episoade din ce în ce mai frecvente pe măsură ce avansează în vârstă.

Aproximativ 50 % -60 % dintre pacienții cu tulburare depresivă majoră, episod unic, pot să aibă un al doilea episod. Persoanele care au avut două episoade au o șansă de 70 % de a avea un al treilea episod, iar cele care au avut trei episoade au o șansă de 90 % de a avea un al patrulea episod.

Prevalența maximă a tulburării depresive majore la adulți pe eșantioanele comunitare a variat de la 5 % până la 9 % pentru femei și de la 2 % până la 3 % pentru bărbați.

• Tulburarea distimică

Termenul de distimie a fost introdus în DSM – III, care încearcă să cuprindă un grup heterogen de tulburări, care înainte au fost cunoscute sub denumirea de : nevroză depresivă.

Elementul esențial al tulburării distimice îl constituie dispoziția depresivă cronică, survenind în cea mai mare parte a zilei, mai multe zile decât nu, timp de cel puțin 2 ani.

Simptomele cele mai frecvente în distimie sunt:

- stimă de sine și încredere scăzută sau sentimente de inadecvare;
- pesimism, disperare și lipsă de speranță;
- pierderea generalizată a interesului sau plăcerii;
- retragere socială;
- oboseală cronică, fatigabilitate;
- sentimente de vinovăție, de iritabilitate și furie excesivă;
- eficiența în activitate scăzută;
- dificultăți în concentrarea atenției voluntare;
- deficit mnezic de fixare – evocare;
- bradipsihie.

Date de evoluție și prognostic

Tulburarea distimică apare deseori la rudele de gradul I ale persoanelor cu depresie majoră decât în populația generală.

În cele mai multe cazuri distimia are o evoluție cronică, cu frecvente recăderi

Tulburarea distimică apare de obicei înainte de 45 de ani, având de cele mai multe ori un debut timpuriu (în perioada adolescenței sau adultului tânăr) și insidios.

În populația generală, prevalența distimiei este de aproximativ 3,2 %, fiind de două ori mai frecventă la femei decât la bărbați.

Câteva considerații psihoterapeutice privind depresia

Printre cei mai influenți pioneri ai terapiei cognitive se numără Beck și Ellis care au susținut punctul de vedere conform căruia majoritatea tulburărilor psihice au la bază modele cognitive.

Psihoterapia cognitivă a depresiei elaborată de Beck pornește de la supoziția că persoanele depresive se angajează într-un demers eronat de procesare a informațiilor și de raționament prin intermediul schemelor cognitive. Obiectivul lui Beck era să-l ajute pe individ să-și corecteze convingerile disfuncționale și să-și îmbunătățească stilul de procesare informațională și gândire.

Teoria lui Beck (1972) definește depresia în termeni cognitivi. Conform acestei abordări, termenul de cogniție se referă la o serie întreagă de mecanisme care stau la baza proceselor gândirii.

Ellis (1962) consideră credințele iraționale ca reprezentând sursa tulburărilor în plan emoțional și comportamental. Aceste credințe iraționale se referă la o serie de atitudini de tipul “trebuie neapărat” credințe care generează solicitări și cerințe absolutiste, aceasta din urmă stând la baza cogniției iraționale, sursa tulburărilor

emoționale.

Pe măsură ce terapia progresează și simptomele păacienților scad sau se diminuează esența terapiei se schimbă pe modificarea farselor presupuneri – acele convingeri de bază care predispon o persoană la depresie. Schimbarea acestor presupuneri eronate sau disfuncționale are un efect direct asupra abilității pacientului de a dezvolta o viitoare depresie.

Cu toate că în sistemul de convingeri al pacienților cu depresie pot fi găsite teme comune, fiecare pacient are un set unic, individual de reguli personale.

Pacientul și terapeutul lucrează împreună, pentru identificarea convingerilor (credițelor) disfuncționale. Natura colaborativă a acestei sarcini este importantă din multe puncte de vedere. Deoarece terapia cognitivă este activă și directivă, ea necesită mai multă muncă decât alte forme de terapie.

Pacienții, la rândul lor, beneficiază prin implicarea activă, de recunoașterea și corectarea credințelor de "autoînfrângere" (self-defeat). Unora dintre pacienți li se poate spune că problemele din prezent se datorează în principal faptului că în trecut s-au bazat pe alții, ca să gândească pentru ei. Prin recunoașterea, testarea și corectarea acestor credințe greșite, pacienții învață să gândească singuri. (Dobson, 2001).

• Tulburarea depresivă fără altă specificație

Exemplele de tulburare depresivă fără altă specificație includ:

- a. tulburarea disforică premenstruală;
- b. tulburarea depresivă minoră;
- c. tulburarea depresivă postpsihotică a schizofreniei; un episod depresiv major care survine în cursul fazei reziduale a schizofreniei;

- d. un episod depresiv major suprapus peste tulburarea delirantă;
- e. situația în care clinicianul a ajuns la concluzia că este prezentă o tulburare depresivă, dar este incapabil să precizeze dacă aceasta este primară, datorată unei condiții medicale generale sau indusă de o substanță.

7.2.3. Tulburările bipolare

Boala afectivă bipolară, cunoscută în psihiatrie ca psihoza maniaco-depresivă (PMD) este cea mai dramatică formă de manifestare a tulburărilor afective.

În 1889 Kraepelin separă psihoza maniaco-depresivă de celelalte psihoze.

Psihoza maniaco-depresivă face parte din grupul bolilor psihice în care pe primul loc se situează tulburările ciclice ale afectivității manifestate la același bolnav sub forma unor faze maniacale sau depresive, urmate de regulă interfazic, de echilibrarea timiei (Gorgos, 1985).

Tulburarea bipolară constă în alternarea a cel puțin un episod de tip maniacal (ori hipomaniacal) cu o durată minimă de o săptămână, cu un episod depresiv major, cu o durată minimă de cel puțin două săptămâni.

Tulburarea bipolară I are în structură un episod depresiv major cu un episod maniacal, cu o perioadă de timp variabilă de remisie cvasicompletă între episoade.

Tulburarea bipolară II are în loc de episodul maniacal un episod hipomaniacal (Cornuțiu, 2003).

Pacienții cu boală bipolară diferă de cei cu alte forme de depresie, prin modul lor de a oscila între depresie și manie, separate prin perioade normale. Există, și așa numitele stări mixte care amestecă elementele depresive cu elemente de excitație, dar acestea

apar de obicei când dispoziția se inversează. Durata în timp a acestui ciclu variază de la o persoană la altă persoană (Tudose și colab., 2002).

În timpul episodului maniacal pot fi regăsite următoarele elemente facultative: idei delirante de grandoare (care sunt în concordanță cu dispoziția), idei de persecuție, urmărire, prejudiciu, (incronguente cu dispoziție), halucinații, comportament catatonie, sentimente de depersonalizare.

În cadrul episodului depresiv pot să apară tulburări asociate, cum ar fi: anxietate, tulburări fobice, expresivitate caracteristică, constipație, ideea delirantă mai amplă (de sărăcie, negare) (Tudose și colab., 2002).

Date de evoluție și prognostic

Boala bipolară apare la aproximativ 1 % din populație. Cel mai frecvent boala debutează între 25 și 30 de ani dar debutul bolii poate fi și între 30 și 60 de ani.

• Tulburarea ciclotimică

Caracteristica esențială a tulburării ciclotimice o constituie o perturbare afectivă fluctuantă, cronică care implică numeroase perioade de simptome hipomaniacale și numeroase perioade de simptome depresive.

Simptomele hipomaniacale sunt insuficiente ca număr, severitate sau durată pentru a satisface criteriile complete pentru un episod maniacal, iar simptomele depresive sunt, la fel, insuficiente ca severitate sau durată pentru a satisface criteriile complete pentru un episod depresiv major.

Pentru a se putea pune acest diagnostic trebuie să nu fi existat un episod maniacal sau episod major în primii doi ani de boală.

Prezentare clinică (Tudose și colab., 2002):

Faza depresivă

Dispoziție depresivă a cărei manifestare esențială este scăderea sau pierderea interesului față de toate aspectele existenței care îl interesau anterior.

Cel puțin trei simptome din următoarele:

1. reducerea elanului vital (scăderea energiei, oboseală cronică);
2. sentiment de inadecvare;
3. scăderea eficienței și creativității în plan profesional și școlar;
4. somn redus, superficial sau hipersomnie;
5. hipoprosexie;
6. retragerea socială;
7. scăderea activității sexuale;
8. sentimente de culpabilitate pentru activități din trecut;
9. bradipsihie;
10. neîncredere;
11. catharsis afectiv facil.

Faza hipomaniacală

Dispoziție expansivă sau iritabilă;

Cel puțin trei simptome din următoarele:

1. creșterea energiei și a inițiativei;
2. creșterea stimei de sine;
3. creșterea eficienței și creativității;
4. reducerea nevoii de somn;
5. hiperprosexie;
6. sociofilie care determină căutarea interlocutorilor;
7. implicarea excesivă în activități cu numeroase consecințe negative și cu mari riscuri;

8. creșterea activității sexuale;
9. optimism nefondat;
10. tahipsihie.

Factorii etiopatogenici, prevalență și evoluție.

Tulburarea ciclotimică începe de multe ori precoce în viață, iar uneori este considerată a reflecta o predispoziție temperamentală pentru alte tulburări afective.

Studiile au raportat o prevalență a tulburării ciclotimice pe viață mergând de la 0,4 % până la 1 %. Prevalența în mediile clinice poate merge de la 3 % până la 5 %.

Tulburarea ciclotimică are de regulă un început insidios și o evoluție cronică.

7.2.4. Alte tulburări afective

• **Tulburarea afectivă datorată unei condiții medicale generale**

Elementul esențial al acestui tip de tulburare îl constituie o perturbare persistentă și notabilă a dispoziției care este considerată a se datora efectelor fiziologice directe ale unei condiții medicale generale.

• În cazul când simptomele depresive apar în cursul unei demențe de tip Alzheimer ori demențe vasculare, se pune numai diagnosticul de demență Alzheimer ori de demență vasculară cu subtipul "cu dispoziție depresivă"; nu se pune separat diagnosticul de tulburare afectivă datorată unei condiții medicale generale.

De multe ori este dificil de stabilit dacă anumite simptome (de ex. pierderea în greutate, fatigabilitatea) reprezintă o tulburare afectivă ori sunt manifestarea directă a unei condiții medicale generale (de ex. cancer, infarct miocardic, diabet).

Prevalență

S-a observat că 25 % -40 % dintre indivizii cu anumite condiții neorologice (scleroza multiplă, maladia Parkinson și maladia Alzheimer) au prezentat o perturbare depresivă marcată dintr-o anumită perioadă din cursul evoluției maladii.

• **Tulburarea afectivă indusă de o substanță**

În cadrul tulburării afective indusă de o substanță elementul esențial îl reprezintă perturbarea afectivă persistentă și notabilă datorată efectelor fiziologice directe ale unei substanțe (de ex. drog de abuz, un medicament sau expunerea la un toxic).

În funcție de natura substanței și de contextul în care apar simptomele (în cursul intoxicației sau abstinentei), perturbarea poate fi reprezentată de o dispoziție depresivă, diminuarea notabilă a interesului sau plăcerii, sau o dispoziție crescută, expansivă sau iritabilă.

În unele cazuri individul încă mai poate fi capabil să funcționeze, dar numai cu efort considerabil crescut. Pentru drogurile de abuz trebuie să fie evidentă tulburarea afectivă indusă de o substanță din istoric, examenul somatic sau datele de laborator, intoxicație sau abinență.

Tulburările afective pot să apară asociate cu **intoxicația** în cadrul următoarelor clase de substanțe: alcool, amfetamină, cocaină, halucinogene, inhalante, opiacee, sedative, hipnotice și anxiolitice etc.

• **Tulburarea afectivă fără altă specificație**

Această categorie include tulburările cu simptome afective care nu satisfac criteriile pentru nici o tulburare afectivă specifică și

în care este dificil să se aleagă între tulburarea depresivă fără altă specificație și tulburarea bipolară fără altă specificație.

7.3. Investigații psihologice specifice

În continuare vor fi prezentate instrumentele de bază în investigarea depresiei, respectiv: Chestionarul de Depresie Beck (BDI) și Scala de Depresie Hamilton.

În cazul ambelor teste scorurile se adună, după care se raportează la etalon:

Pentru B.D.I.

0-9 stare normală

10-15 depresie ușoară

16-24 depresie moderată

peste 25 depresie severă

Scala Hamilton

0-7 stare normală

8-13 depresie ușoară

14-18 depresie moderată

19-22 depresie severă

peste 23 depresie foarte severă

Scala Hamilton are ca obiectiv principal să monitorizeze severitatea depresiilor majore, axându-se în mod special asupra simptomatologiei somatice.

Este foarte important de știut că atât în cazul Chestionarului (Inventory) de Depresie Beck cât și în cazul Scalei de Depresie Hamilton nu se pune diagnosticul de depresie ci se urmărește intensitatea depresiei.

Chestionarul de Depresie Beck (B.D.I.)

Instrucțiuni: Acesta este un chestionar format din grupări de declarații. Vă rugăm să citiți întregul grup de declarații, din fiecare categorie, apoi tăiați cu creionul numărul din dreptul declarației care

corespunde cel mai bine cu ceea ce simțiți azi.

1. (TRISTEȚE)

0. Nu mă simt trist.

1. Mă simt trist.

2. Sunt trist tot timpul și nu pot scăpa de tristețe.

3. Sunt atât de trist sau nefericit încât nu mai pot suporta.

2. (PESIMISM)

0. Viitorul nu mă descurajează.

1. Mă simt descurajat când mă gândesc la viitor.

2. Simt că nu am ce aștepta de la viitor.

3. Simt că viitorul e fără speranță.

3. (SENTIMENTUL EȘECULUI)

0. Nu am sentimentul eșecului sau al tristeții.

1. Simt că am avut mai multe insuccese decât media oamenilor.

2. Dacă îmi privesc viața retrospectiv o văd ca o grămadă de eșecuri.

3. Mă simt complet ratat ca persoană.

4. (NEMULȚUMIREA)

0. Lucrurile îmi fac aceeași plăcere ca de obicei.

1. Nu mă mai bucur de lucruri sau întâmplări ca înainte.

2. Nu mai obțin o satisfacție reală din nimic.

3. Sunt nemulțumit și totul mă plictisește.

5. (VINOVĂȚIE)

0. Nu mă simt în mod special vinovat cu ceva.

1. Mă simt vinovat o bună parte a timpului.

2. Mă simt vinovat cea mai mare parte a timpului.

3. Mă simt tot timpul vinovat.

6. (SENTIMENTUL PEDEPSEI)

- 0. Nu mă simt pedepsit cu ceva.
- 1. Simt că s-ar putea să fiu pedepsit.
- 3. Aștept să fiu pedepsit.
- 4. Simt că sunt pedepsit.

7. (NEPLĂCERE FAȚĂ DE SINE)

- 0. Nu sunt dezamăgit de mine.
- 1. Mă simt dezamăgit de mine însumi.
- 2. Sunt dezgustat de mine
- 3. Mă urăsc.

8. (AUTOACUZARE)

- 0. Nu simt să fiu mai rău decât ceilalți.
- 1. Mă critic pentru slăbiciunile și greșelile mele.
- 2. Mă blamez tot timpul pentru greșelile mele.
- 3. Mă dezaprobat pentru tot ce se întâmplă rău.

9. (AUTOAGRESIUNE)

- 0. Nu am idei de sinucidere
- 1. Am idei de sinucidere dar nu vreau să le pun în practică.
- 2. Mi-ar plăcea să mă sinucid.
- 3. M-aș sinucide dacă aș avea ocazia.

10. (STRIGĂTE)

- 0. Nu țip mai mult decât de obicei.
- 1. Acum țip mai mult decât înainte.
- 2. Tot timpul țip.
- 3. Obişnuiam să țip, acum nu mai pot, chiar dacă aș vrea.

11. (IRITABILITATEA)

- 0. Nu sunt mai nervos decât înainte.
- 1. Acum mă enervez mai ușor decât înainte.
- 2. Acum sunt nervos tot timpul.
- 3. Lucrurile care nu mă enervau înainte, mă irită tot timpul.

12. (RETRAGERE SOCIALĂ)

- 0. Nu mi-am pierdut interesul față de oamenii din jur.
- 1. Oamenii ceilalți mă interesează mai mult decât înainte.
- 2. Mi-am pierdut interesul față de majoritatea celorlalți oameni.
- 3. Mi-am pierdut orice interes față de ceilalți oameni.

13. (NEHOTĂRÂRE)

- 0. Mă decid la fel ca înainte.
- 1. Trebuie să fac un efort ca să mă decid.
- 2. Am dificultăți mult mai mari decât înainte când e vorba să iau o hotărâre.
- 3. Nu mai pot lua nici o decizie.

14. (MODIFICĂRI ÎN IMAGINEA DE SINE)

- 0. Cred că nu arăt mai rău decât arătam înainte.
- 1. Sunt supărat că arăt bătrân(ă) și neatractiv(ă).
- 2. Simt că modificări permanente ale aspectului meu mă fac neatractiv(ă).
- 3. Cred că sunt urât(ă).

15. (DIFICULTĂȚI ÎN MUNCĂ)

- 0. Cred că pot lucra atât de bine ca înainte.
- 1. Trebuie să fac un efort suplimentar când încep să lucrez ceva.
- 2. Mă străduiesc din greu pentru a face ceva.
- 3. Nu pot lucra absolut nimic.

16. (TULBURĂRI DE SOMN)

- 0. Dorm atât de bine ca de obicei.
- 1. Nu mai dorm atât de bine ca înainte.
- 2. Mă trezesc cu 1-2 ore mai devreme decât înainte și readorm greu.
- 3. Mă trezesc cu câteva ore mai devreme decât înainte

și nu mai pot readormi.

17. (FATIGABILITATE)

- 0. Nu mă simt mai obosit ca de obicei.
- 1. Acum obosesc mai ușor decât înainte.
- 2. Obosesc fără să fac aproape nimic.
- 3. Mă simt prea obosit să mai pot face ceva.

18. (ANOREXIA)

- 0. Pofta de mâncare nu e mai scăzută decât de obicei.
- 1. Apetitul meu nu mai e așa ca înainte.
- 2. Apetitul meu e mult diminuat acum.
- 3. Nu am deloc poftă de mâncare.

19. (PIERDERI ÎN GREUTATE)

- 0. Nu am slăbit mult în ultimul timp.
- 1. Am slăbit peste 2 kg.
- 2. Am slăbit peste 5 kg.
- 3. Am slăbit peste 10 kg

(La punctul 19 trebuie excluse cura de diminuare ponderală dorită și bolile somatice care dau și pierdere ponderală).

20. (PREOCUPĂRI FAȚĂ DE STAREA FIZICĂ)

0. Nu sunt preocupat sau supărat în legătură cu sănătatea mea mai mult ca înainte.

1. Sunt necăjit datorită problemelor fizice ca: dureri, înțepături, furnicături,

tulburări ale funcției stomacului sau constipație.

2. Sunt foarte necăjit de starea mea fizică și mi-e tare greu să mă gândesc la altceva

3. Sunt atât de supărat de starea mea fizică încât nu mai pot gândi la nimic altceva.

21. (ABSENȚA LIBIDOU LUI)

0. Nu am observat modificări recente în interesul meu față

de sex.

- 1. Sexul opus mă interesează mai puțin decât înainte.
- 2. Sexul opus mă interesează mult mai puțin decât înainte.
- 3. Am pierdut complet interesul față de sexul opus.

Scala de Depresie Hamilton

Dispoziție depresivă (tristețe, disperare, izolare, neajutorare, devalorizare, inutilitate)

0. Absență

- 1. Aceste stări afective nu sunt semnalate decât dacă subiectul este întrebat.
- 2. Aceste stări afective sunt semnalate verbal, spontan.
- 3. Aceste stări afective sunt semnalate nonverbal-prin expresia facială, postură, voce și tendințe de plâns.
- 4. Subiectul nu comunică practic decât aceste stări afective, (atât verbal cât și nonverbal).

1. Sentimente de culpabilitate

0. Absente

- 1. Își adresează reproșuri lui însuși, are impresia că a cauzat un prejudiciu celor din jur.
- 2. Idei de culpabilitate sau gânduri asupra unor greșeli din trecut sau despre acțiuni condamnabile.
- 3. Boala actuală este o pedeapsă; idei delirante de persecuție.
- 4. Aude voci care îl acuză sau îl denunță și / sau are halucinații vizuale amenințătoare.

2. Suicid

0. Absent

- 1. Are impresia că viața nu merită să fie trăită.
- 2. Dorește să fie mort sau se gândește că ar putea să moară.
- 3. Idei sau gesturi suicidare.

4. Tentative de suicid (a se cota cu 4 toate tentaivele serioase).
4. Insomnie la începutul nopții
 0. Nici o dificultate la adormire.
 1. Subiectul se plânge de unele dificultăți la adormire (mai mult de o jumătate de oră).
 2. Subiectul se plânge că are în fiecare seară dificultăți la adormire.
5. Insomnie la mijlocul nopții
 0. Nici o dificultate.
 1. Bolnavul se plânge că este agitat și tulburat în timpul nopții.
 2. Bolnavul se trezește în timpul nopții (a se cota cu 2 toate cazurile când bolnavul se scoală din pat, în afară de cazul când se scoală pentru a urina).
6. Insomnie de dimineața
 0. Absentă
 1. Se trezește foarte devreme dimineața, dar readoarme.
 2. Incapabil să readoarmă dacă se scoală din pat.
7. Muncă și activități
 0. Nici o dificultate
 1. Gânduri și sentimente de incapacitate, oboseală sau slăbiciune în legătură cu activitățile profesionale sau de destindere.
 2. Pierderea interesului pentru activitățile profesionale sau de destindere – fie descris direct de către bolnav, fie observat indirect din apatie, indecizie, sau ezitări (el are impresia că trebuie să se forțeze pentru a putea acționa).
 3. Diminuarea timpului destinat activității sau diminuarea productivității. În spital, a se cota cu 3 dacă bolnavul nu petrece cel puțin 3 ore pe zi în diverse activități – ajutor dat infirmierelor sau terapiei ocupaționale.

4. Și-a oprit munca din cauza bolii actuale. În spital a se cota cu 4 dacă bolnavul nu are nici o altă activitate în afara programului firesc din spital sau este incapabil să execute aceste sarcini de rutină fără să fie ajutat.
8. Încetineală (în gândire și a limbajului; scăderea capacității de concentrare, a activității motorii)
 0. Limbaj și gândire normale.
 1. Ușoară încetineală în timpul dialogului.
 2. Încetineala evidentă în timpul dialogului.
 3. Dialog dificil.
 4. Stupoare.
9. Agitație
 0. Absentă.
 1. Se “joacă “ cu mâinile, cu părul
 2. Își frământă mâinile, își roade unghiile, își smulge părul, își mușcă buzele.
10. Anxietate psihică
 0. Absentă.
 1. Tensiune subiectivă și iritabilitate.
 2. Își face griji pentru probleme minore.
 3. Îngrijorare evidentă în expresia facială și limbaj.
 4. Plângeri exprimate fără a i se pune întrebări.
11. Anxietate somatică
 0. Absentă
 1. Discretă (tulburări gastro-intestinale, gură uscată, tulburări digestive, diaree, colici)
 2. Medie
 3. Gravă (palpitații, cefalee).
 4. Incapacitatea funcțională a subiectului (hiperventilație, transpirații).

12. Simptome somatice gastro-intestinale
 0. Absente
 1. Pierderea apetitului, dar mănâncă fără insistențe din partea infirmierelor, senzație de greutate abdominală.
 2. Are dificultăți la alimentație când nu este încurajat de alții. Cere laxative și medicamente gastro-intestinale.
13. Simptome somatice generale
 0. Absente
 1. Greutate în membre, spate sau cap. Dureri de spate, cefalee, dureri musculare. Lipsa de energie, fatigabilitate.
 2. A se cota cu 2 orice simptom bine conturat.
14. Simptome genitale (pierderea libidoului, tulburări menstruale)
 0. Absente
 1. Ușoare
 2. Grave
 3. Neconfirmate.
15. Hipocondrie
 0. Absentă
 1. Atenția concentrată asupra propriului corp
 2. Preocupări asupra propriei sănătăți
 3. Plângeri frecvente, cereri de ajutor
 4. Idei delirante hipocondriace.
16. Pierdere în greutate (apreciată prin cântăriri)
 0. Mai puțin de 500 gr. pe săptămână
 1. Mai mult de 500 gr. pe săptămână
 2. Mai mult de 1 kg. pe săptămână.
17. Conștientizare
 0. Recunoaște că este bolnav și deprimat
 1. Recunoaște că este bolnav, dar atribuie boala alimentației,

- climatului, surmenajului, unui virus, unei nevoi de odihnă.
2. Neagă că este bolnav.
18. Variația simptomatologiei în timpul zilei (dimineața)
 0. Absenta
 1. Ușoară
 2. Importantă: înainte de masă, după masă, seara.
19. Depersonalizare și derealizare
 0. Absente
 1. Ușoare (de ex: sentimentul că lumea nu este reală)
 2. Medii (idei de negație)
 3. Grave
 4. Antrenând o capacitate funcțională.
20. Simptome paranoide
 0. Absente
 1. Suspicios
 2. Idei de referință
 3. Idei delirante de referință și de persecuție
21. Simptome obsesive și compulsive
 0. Absente
 1. Ușoare
 2. Grave

Cap. 8 Tulburările anxioase

8.1. Definiție

Pornind de la premisa că anxietatea este o emoție firească putem spune că, cu toții suntem mai mult sau mai puțin anxioși în fața unor situații ce suportă un anumit risc, de exemplu: când dăm un examen, înainte de a lua cuvântul în fața unei adunări, când se întâmplă să întârziem în drumul spre gară. Dar, cum cum nu este prea plăcut să încerci o emoție cum e anxietatea, vom căuta să o ocolim procedând în așa fel încât să evităm orice risc: cei mai anxioși se vor pregăti cât pot de bine pentru examen, își vor pregăti discursul și vor face totul pentru a ajunge la timp la gară. Ei vor încerca să prevină riscul de a pierde controlul situației. Dar persoanele mult prea anxioase vor evita dezagreabilul anxietății prin neprezentarea la examene, pe care le consideră prea grele pentru ei sau refuzând să-și susțină discursul, sau renunțând la călătorie, deoarece toate aceste situații ar pricinui mult prea multe griji.

Se poate observa, astfel, că pentru a controla mai bine situația și a preveni riscurile, anxietatea poate fi un stimulent dar și o piedică.

Fensterheim și Jean Baer (1984) sunt de părere că orice teamă care este atât de puternică încât împiedică persoana să îndeplinească o acțiune este, de fapt, o reacție cu caracter patologic. Anxietatea este definită ca o teamă difuză, fără obiect bine precizat, în timp ce fobia este definită ca fiind o teamă cu obiect bine precizat (animale, furtună, înălțime) (Holdevici, 2002).

Temerile iraționale blochează viața și activitatea oamenilor, indiferent de vârstă, împiedicându-i să învețe, să lucreze, să călătorească, respectiv, să-și trăiască viața în mod normal.

Frica este o stare afectivă negativă, care apare în situația în care subiectul prevede un pericol iminent. Reacțiile psihofiziologice care apar în cazul fricii pregătesc organismul pentru reacția de fugă sau îl transformă în "stană de piatră". Frica normală este o reacție emoțională cu caracter adaptativ pentru că, în cazul unei amenințări, ne mobilizează să luăm anumite măsuri pentru a ne salva viața. Acest mecanism funcționează și în cazul fricilor psihologice, determinând subiectul să întreprindă acțiuni de autoprotecție.

8.2. Clasificare

8.2.1 Panica fără agorafobie și panica cu agorafobie

Prezentare clinică

Conform DSM – IV un atac de panică este o perioadă discretă în care există debutul brusc al unei aprehensiuni, frici sau terori intense, asociate adesea cu senzația de moarte iminentă. În cursul acestor atacuri sunt prezente simptome, cum ar fi: scurtarea respirației, palpitațiile, durerea sau disconfortul precordial, senzațiile de sufocare sau de ștrangulare.

Panica reprezintă un puseu brusc și acut de teroare.

Psihopatologii susțin că anxietatea, fobiile și atacurile de panică reprezintă frici cu caracter irațional.

Agorafobia este anxietatea referitoare la, evitarea de locuri sau situații din care scăparea poate fi dificilă sau în care ajutorul poate să nu fie accesibil, în eventualitatea unui atac de panică sau de simptome similare panicii (DSM – IV).

Panica fără agorafobie se caracterizează prin atacuri de panică recurente, inopinante, în legătură cu care există o preocupare persistentă.

Panica cu agorafobie se caracterizează atât prin atacuri de panică recurente inopinante, cât și prin agorafobie.

Agorafobia se definește prin teama de a fi singur într-un loc public, mai ales în locuri care nu pot fi părăsite imediat în cazul în care ar apărea un atac de panică. Termenul derivă din cuvintele grecești *agora* (piață) și *phobos* (frică, spaimă). Agorafobia nu se numără printre cele mai grave fobii deoarece se suprapune cu funcționalitatea individului în societate și în situațiile din locuri deschise. Individul în cauză evită străzile circulate, teatrele, bisericile.

Majoritatea agorafobiilor apar după unul sau mai multe atacuri de panică spontane. Aceste atacuri apar la întâmplare și în situații fără pericole, astfel că nu li se cunoaște factorul care le declanșează. De aceea, pacienții se tem de un atac de panică în mod anticipativ (anxietate anticipatorie), evitând astfel să meargă în locuri sau situații unde ei știu că au avut un atac de panică. Majoritatea simptomelor apar între 18-35 de ani, cu debut brusc sau progresiv, iar 2 / 3 din bolnavii cu agorafobie sunt femei. Acești bolnavi dezvoltă și depresie, oboseală, tensiune, alcoolism, obsesii (Tudose și colab., 2002).

• *Factorii etiopatogenici implicați în apariția tulburării*

- **Factori biologici.** Studiile au demonstrat că există modificări în anumite structuri cerebrale care mediază anxietatea anticipatorie. Substanțele inductoare de panică, determină o exacerbare a anxietății anticipatorii la pacienții cu agorafobie.
- **Factori psihosociali**

Teoriile cognitiv-comportamentale susțin că anxietatea reprezintă răspunsul condiționat la: pattern-ul de comportament al părinților și un proces de condiționare clasică.

Procesul de condiționare presupune asocierea unui stimul neplăcut sau nociv (palpitații, amețeală) cu o situație neutră (situarea într-un loc populat și deschis). Când subiectul interacționează cu stimulul neutru, acesta va va dobândi valențe de stimul condiționat și va declanșa agorafobia.

Teoriile psihanalitice pun accentul pe decesul unui părinte în copilărie și pe anxietatea de separare. (Tudose și colab., 2002).

8.2.2. *Fobia socială*

Prezentare generală (DSM – IV, 2003)

Criteriul A: Caracteristica principală a fobiei sociale o constituie frica persistentă și marcată de situațiile sociale sau de performanță în care poate surveni o punere în dificultate.

Fobia socială se caracterizează prin frică excesivă de a fi umilit sau a se simți jenat în diverse situații sociale cum ar fi: vorbitul în public, la telefon, la o întâlnire, în locuri publice. Când fobia se extinde la aproape toate situațiile sociale, ea devine generalizată, cu un grad extrem de disfuncționalitate și este foarte greu de diferențiat de tulburarea de personalitate evitantă.

Criteriul B: Expunerea la situațiile sociale de care îi este frică, îi provoacă anxietate.

Criteriul C: Persoana își recunoaște frica ca fiind excesivă și nerațională.

Criteriul D: Situațiile stresogene sunt evitate și îndurate cu anxietate intensă.

Criteriul E: Comportamentul evitant, anxietatea anticipatorie sau distresul interferează semnificativ cu funcționalitatea socială sau ocupațională.

Criteriul F: Pentru persoanele sub 18 ani, durata tulburării este mai

mare de șase luni.

Criteriul G: Frica sau evitarea nu sunt secundare unei substanțe sau boli nonpsihiatrice.

Criteriul H: Dacă coexistă o altă boală psihică sau somatică, frica nu este în legătură cu acea boală

Persoana cu fobie socială va evita situațiile temute. Însă rar, persoana respectivă se va forța să îndure situația socială și o va experimenta cu o anxietate intensă.

Frica sau evitarea trebuie să se întrepătrundă semnificativ cu rutina normală a persoanei, cu funcționarea profesională, sau cu activitățile ori relațiile sociale. De exemplu: *unei persoane care se teme să vorbească în public, nu i se va pune diagnosticul de fobie socială dacă această activitate nu este întâlnită frecvent la serviciu, iar persoana nu este incomodată în mod special de aceasta.*

Date de evoluție și prognostic

Boala debutează în copilărie sau adolescență iar femeile sunt mai afectate. Debutul poate surveni brusc, după o experiență stresantă sau umilitoare, ori poate fi insidios. Evoluția fobiei este de multe ori continuă. Tulburarea durează frecvent toată viața, cu toate că se poate atenua ca intensitate sau remite în perioada adultă.

Evoluția și prognosticul fobiei sociale depind de: gradul de invalidare socială; recunoașterea precoce a tulburării; tratamentul adecvat.

Factorii etiopatogenici implicați sunt: factori genetici 30 %; experiențele învățate; inhibiția comportamentală; relațiile parentale și dintre frați; factori biologici (Tudose și colab., 2002).

8.2.3. Tulburarea obsesiv – compulsivă

Dumitru de treizeci și șase de ani, suferă de tulburare obsesiv-compulsivă. Întotdeauna când conduce mașina se teme să nu fi accidentat vreun pieton sau trecător fără să fi observat. Când ajunge acasă în mod obligatoriu reface o parte a drumului în sens invers pentru a se convinge că nu făcuse nici un accident. Este conștient că acest gând este absurd, dar atâta timp cât nu se întoarce să verifice dacă nimeni nu zace pe trotuar, nu-și putea diminua anxietatea

Aspecte clinice

Tulburarea obsesiv-compulsivă se caracterizează prin prezența unor simptome obsesive și compulsive, precum și a unor grade diferite de anxietate, depresie și depersonalizare.

Obsesiile sunt idei, gânduri, impulsuri sau imagini persistente care sunt experimentate ca intrusive și inadecvate, și care cauzează o anxietate marcată. Obsesiile sunt gânduri, imagini recurente și persistente care pătrund în mintea persoanei în ciuda eforturilor acesteia de a le exclude. Persoana recunoaște că obsesiile sunt un produs al propriei minți și nu îi sunt impuse din exterior (Tudose și colab., 2002).

Cele mai frecvente obsesii sunt gândurile repetate în legătură cu contaminarea (de ex. contaminarea prin strângerea mâinilor altor persoane), dubitații repetate (de ex. a se întreba dacă a efectuat un act oarecare, cum ar fi acela dacă a vătămat pe cineva într-un accident de circulație, sau dacă a lăsat ușa deschisă) (DSM – IV, 2003).

Individul cu obsesii încearcă de regulă să ignore sau să supprime astfel de gânduri sau de impulsuri, ori să le neutralizeze cu

un alt gând sau acțiune (adică cu o compulsiune).

Compulsiile sunt comportamente repetitive (de ex. spălatul mâinilor, ordonatul, verificatul) sau acte mentale (de ex. numărutul, repetarea de cuvinte în gând) al căror scop este acela de a preveni sau reduce anxietatea și nu cel de a obține plăcere (de ex. indivizii care au obsesia de a fi lăsat ușa deschisă pot fi determinați să verifice încuietoearea la fiecare câteva minute (DSM –IV).

Alte ritualuri compulsive ar fi:

- colectarea unor lucruri inutile;
- solicitarea de asigurări;
- ordonarea unor obiecte în mod repetat;
- perfecționismul.

Superstițiile și comportamentele de verificare repetitive sunt întâlnite frecvent în viața de zi cu zi, ele putând fi considerate patologice doar dacă sunt extrem de consumatoare de timp sau duc la o deteriorare semnificativă clinic (Tudose și colab., 2002).

Evoluție și prevalență

Tulburarea începe, de regulă în adolescență sau precoce în viața adultă, dar poate începe și în copilărie. Pentru cele mai multe persoane, debutul este gradual, dar în anumite cazuri s-a remarcat și un debut acut.

Studiile comunitare au estimat o prevalență pe viață de 2,5 % și o prevalență pe 1 an de 0,5 % - 2,1 % la adulți. Distribuția pe sexe diferă la adulți în comparație cu copiii. În viața adultă, reprezentarea pe sexe este aceeași, doar cu o ușoară dominanță a sexului feminin, în timp ce în copilărie tulburarea apare mai frecvent la băieți.

8.2.4. Stresul posttraumatic (DSM –IV, 2003)

Elementul esențial al stresului posttraumatic îl constituie

apariția de simptome caracteristice urmând expunerii la un alt stresor traumatic extern, care implică experimentarea personală directă a unui eveniment, comportând moartea efectivă sau amenințarea cu moartea, ori o vătămare serioasă sau o amenințare a integrității corporale proprii.

Evenimentele traumatice care sunt experimentate direct, include, dar nu se limitează doar la acestea, atacul personal violent (atac sexual, atac corporal, prădare), faptul de a fi răpit.

Evenimentul traumatic poate fi reexperimentat în moduri diferite. De multe ori, persoana are amintiri intrusive și recurente ale evenimentului sau coșmaruri recurente în cursul cărora evenimentul este rederulat.

Stimulii asociați cu trauma sunt evitați în mod persistent. Individul are simptome persistente de anxietate sau de excitație crescută care nu erau prezente înainte de traumă.

În unele cazuri, evoluția este caracterizată prin ameliorarea și agravarea simptomelor. Reactivarea simptomelor poate surveni ca răspuns la reamintirea traumei originale, a stresorilor de viață sau a evenimentelor traumatice noi.

8.2.5. Anxietatea generalizată

Alexandra lucrează la o companie de asigurări unde este apreciată atât de clienți, cât și de superiorii săi, dar mereu simte o teamă ca ceva să nu se sfârșească prost. Din cauza acestei anxietăți se află într-o tensiune continuă. Într-o zi și-a trecut pe hârtie toate gândurile anxioase pe care le încerca în decursul zilei respective, la indicația terapeutului.

Astfel ea a notat că înainte de a se ridica din pat, simte o neliniște primară când se gândește ce are de făcut în acea zi, oare le va duce la îndeplinire pe toate? Micul dejun cu soțul său care se pare că este cam prost dispus în acea dimineață. Dar dacă va veni ziua când nu se vor mai iubi? Are fixată o întâlnire cu un client și pornește cu mașina spre destinația fixată. Dacă va întârzia? Dacă va face o pană?

Ajunge la destinație, dar are oare documentația necesară la ea? Nu cumva a uitat ceva? A încheiat contractul cu succes, iese împreună cu clientul la un restaurant, dar brusc îi vine în gând faptul că mașina sa dimineață făcea zgomot. Dacă trebuie dusă urgent la mecanic?

Și astfel decurg zilele Alexandrei cu multe frământări, cu toate că în fața unei probleme reale se descurcă bine, dar ceea ce îi provoacă neliniște este gândul la ce s-ar putea întâmpla.

Definiție

Tulburarea anxioasă generalizată se caracterizează prin anxietate persistentă pentru o perioadă de câteva luni. Anxietatea sau simptomele somatice produc suferințe marcate în arii funcționale importante: activitate socială, muncă. Există frecvent trei aspecte ale bolii: îngrijorare și neliniște greu de controlat, tonus muscular crescut (cefalee, agitație) și hiperactivitate vegetativă (simptome gastro-intestinale și cardio-vasculare) (Tudose și Olab, 2002).

Cei mai mulți pacienți se ameliorează în primele șase luni de tratament, dar de obicei este nevoie de un tratament pe termen lung. Depresia este mereu prezentă și există riscul ca anxietatea persistentă

să predispună pacientul la depresie.

Prezentare clinică

Individul constată că este dificil să controleze preocuparea excesivă care e însoțită de cel puțin trei simptome, cum ar fi: neliniștea, fatigabilitatea rapidă, nervozitatea, dificultatea în concentrare, perturbarea somnului, tensiunea musculară.

Indivizii cu anxietate generalizată datorită dificultății de a-și controla preocuparea resimt o deteriorare în domeniu social, profesional sau în alte domenii de funcționare.

Adulții cu astfel de tulburări sunt preocupați adesea de circumstanțele de viață rutiniere, cotidiene cum ar fi responsabilitatea la serviciu, sănătatea membrilor familiei sau subiecte minore, de ex: reparația mașinii sau întârzierea la o întâlnire (DSM – IV).

Față de pacienții cu panică, la care simptomele apar brusc, pacienții cu tulburare anxioasă generalizată trec printr-o anxietate difuză persistentă.

Copii cu anxietate generalizată tind a fi prea ocupați excesiv de competența sau calitatea performanței lor. În cursul tulburării, focalizarea preocupării poate trece de la o sarcină la alta.

Epidemiologie, evoluție și prognostic

Anxietatea ca trăsătură are o asociație familială. Studiile recente pe gemeni sugerează o contribuție genetică la apariția acestei tulburări. Factorii genetici care influențează riscul pentru anxietatea generalizată pot fi strâns legați de cei pentru tulburarea depresivă majoră (DSM – IV).

Multe persoane cu anxietate generalizată afirmă că toată viața s-au simțit anxioși. Este o tulburare cronică, cu evoluție fluctuantă, cu exacerbări ale simptomelor în perioadele cu multe

evenimente solicitante.

Prognosticul tulburării anxioase generalizate depinde de: suportul social, gradul de funcționare socială anterioară precum și complianța la tratament (Tudose și colab., 2002).

În cadrul acestei tulburări pot apărea următoarele complicații: abuz de alcool sau de droguri, precum și dependența.

8.3. Investigații psihologice specifice

Un chestionar important în evaluarea anxietății este Chestionarul S.T.A.I. forma 1 care evaluează anxietatea ca stare și forma 2 care evaluează anxietatea ca trăsătură.

Chestionar de autoevaluare S.T.A.I. Forma 1

Instrucțiuni: Mai jos sunt date diferite descrieri ale unor stări sufletești. Citiți fiecare descriere în parte și încercuiți acea cifră din dreapta descrierii care corespunde cu felul cum vă simțiți acum, în acest moment. Nu există răspunsuri bune sau rele. Nu pierdeți prea mult timp cu vreo deosebire și dați acel răspuns care pare să înfățișeze cel mai bine felul cum vă simțiți în prezent.

	Deloc	Puțin	Destul	Foarte mult
1. Mă simt calm(ă).	1	2	3	4
2. Mă simt liniștit(ă).	1	2	3	4
3. Sunt încordat(ă).	1	2	3	4
4. Îmi pare rău de ceva	1	2	3	4
5. Mă simt în apele mele	1	2	3	4
6. Sunt trist(ă).	1	2	3	4

7. Mă îngrijorează niște neplăceri posibile.	1	2	3	4
8. Mă simt odihnit(ă).	1	2	3	4
9. Mă simt neliniștit(ă).	1	2	3	4
10. Mă simt bine	1	2	3	4
11. Am încredere în puterile mele	1	2	3	4
12. Mă simt nervos	1	2	3	4
13. Sunt speriat(ă).	1	2	3	4
14. Mă simt iritat(ă).	1	2	3	4
15. Mă simt relaxat(ă).	1	2	3	4
16. Mă simt mulțumit(ă).	1	2	3	4
17. Sunt îngrijorat(ă).	1	2	3	4
18. Mă simt agitat și scos din fire	1	2	3	4
19. Mă simt vesel(ă).	1	2	3	4
20. Sunt bine dispus(ă).	1	2	3	4

Chestionar de autoevaluare S.T.A.I. Forma 2

Instrucțiuni: Mai jos sunt date diferite descrieri ale unor stări sufletești. Citiți fiecare descriere în parte și încercuiți acea cifră din dreapta descrierii care corespunde cu felul cum vă simțiți în general. Nu există răspunsuri bune sau rele. Nu pierdeți prea mult timp cu vreo deosebire și dați acel răspuns care pare să înfățișeze cel mai bine felul cum vă simțiți în prezent.

	Deloc	Puțin	Destul	Foarte mult
21. Sunt bine dispus(ă)	1	2	3	4
22. Obosesc repede	1	2	3	4

23. Îmi vine să plâng	1	2	3	4
24. Aș dori să fiu fericit cum par alții să fie	1	2	3	4
25. De multe ori îmi scapă multe lucruri pentru că nu mă pot decide destul de repede	1	2	3	4
26. Mă simt odihnit (ă)	1	2	3	4
27. Sunt calm (ă), cu sânge rece și concentrat (ă)	1	2	3	4
28. Simt că mi se adună greutățile și nu le mai pot face față.	1	2	3	4
29. Mă frământă prea mult anumite lucruri care în realitate nu au importanță.	1	2	3	4
30. Sunt fericit (ă)	1	2	3	4
31. Sunt înclinat (ă) să iau lucrurile prea în serios	1	2	3	4
32. Îmi lipsește încrederea în puterile mele	1	2	3	4
33. Mă simt în siguranță	1	2	3	4
34. Încerc să evit un moment critic sau o dificultate	1	2	3	4
35. Mă simt abătut (ă)	1	2	3	4
36. Mă simt mulțumit (ă)	1	2	3	4
37. Îmi trece prin minte câte un gând lipsit de importanță și mă săcăie.	1	2	3	4
38. Atât de mult pun dezamăgirile la suflet încât nu mai pot scăpa de ele.	1	2	3	4
39. Sunt un om echilibrat	1	2	3	4

40. Când mă gândesc la necazurile
mele prezente devin nervos
și prost-dispus (ă).

1 2 3 4

Cotarea se va realiza astfel:

Pentru anxietate - Stare (1): se cotează invers itemii:
1,2,5,8,10,11,15,16,19,20

Pentru anxietate - Trăsătură(2): se cotează invers itemii:
1,6,7,10,13,16,19.

Se adună rezultatele obținute, rezultând scorul total; apoi se raportează la etalon:

- 0-20 absența anxietății;
- 20-40 anxietate mică;
- 40-60 anxietate moderată;
- 60-80 anxietate ridicată.

Cap 9 Psihopatologia copilului și adolescentului

9.1. Delimitări conceptuale

Dezvoltarea psiho-motorie se confundă cu copilăria care, așa cum arată Prof. Ștefan Milea (1988) este " un proces de socializare și umanizare, de asimilare a universului socio-cultural, este un fenomen complex ce dispune de formele proprii, specifice. Ele trebuie minuțios analizate și cunoscute pentru a putea pătrunde în intimitatea sa creatoare. Este condiția indispensabilă oricărui efort care, plecând de la recunoașterea importanței dezvoltării laturii psihice a copilului, își propune să o înțeleagă, să o stimuleze și să o dirijeze în direcția dorită, la adăpost de riscuri și surprize neplăcute". "La copil legătura dintre dezvoltarea somatică și psihică este extrem de strânsă, creșteri și dezordini ale unei laturi răsfrângându-se cu promptitudine și foarte vizibil de partea cealaltă. Afecțiuni somatice, chiar și cele banale, se întovârșesc de încetiniri sau opriri ale dezvoltării psihice, chiar de pierderi ale achizițiilor deja însușite" (apud Dobrescu, 2003).

Psihiatrul și psihologul clinician sunt solicitați să examineze un pacient micuț care în general nu cere nimic; sunt rugați să facă să dispară o conduită considerată ca fiind neadecvată de către familie, școală, vecini, prieteni conform unor criterii, de cele mai multe ori, externe și adaptative. În evaluarea pe care o realizează, ei iau în considerare diferiți factori: capacitatea de sublimare într-un anumit sector, importanța contra-investirilor defensive, suplețea sau rigiditatea ansamblului funcționării mentale, evaluarea nivelului conflictual în funcție de vârstă.

În studiul conduitelor și echilibrului psihoafectiv al unui

copil, normalul și patologicul nu trebuie considerate ca două stări distincte una de cealaltă, pe care le separă cu o rigurozitate o graniță sau o prăpastie adâncă. Nimic nu ne permite să considerăm că există două domenii categoric heterogene ce dovedesc, unul procesele psihologice normale, iar celălalt pe cele de de structurare sau de inorganizare patologică.

Dezvoltarea, maturizarea copilului sunt prin ele însele surse de conflicte care, ca orice conflict, pot suscita apariția unor simptome (Marcelli, 2003).

"Parametrii dezvoltării psiho-motorii nu reprezintă altceva decât valori statice medii. Fiecare copil este o realitate unică, iar aprecierea semnificației devierilor de la normal nu poate fi corect făcută decât dacă se ia în considerare întregul context al datelor clinice și anamnestice disponibile, ca și dinamica evoluției lor". (Milea, 1988 apud Dobrescu, 2003).

9.2. Examinarea copilului și adolescentului

Desfășurarea interviurilor cu un copil și familia sa este foarte dificilă și necesită o experiență îndelungată. Diversitatea situațiilor, numărul mare de persoane care intervin în jurul copilului, apariția inevitabilă a neprevăzutului, toate acestea explică dificultatea realizării interviurilor.

Reperarea conduitelor de suferință, analizarea originii lor exacte (la copil, părinți, frați), evaluarea rolului lor în organizarea psihopatologică a individului și în sistemul de interacțiuni din grupul familial, precizarea nivelului lor în raport cu dezvoltarea genetică, recunoașterea sensului lor în raport cu istoria copilului și a părinților săi: este o rezumare a travaliului multiaxial al consultantului (Marcelli, 2003).

Scopul interviurilor de investigare nu este numai de a evalua normalul sau patologicul, ci și asigurarea posibilităților terapeutice imediate sau ulterioare.

De modul, în care are loc prima întâlnire depind bogăția informațiilor obținute. Această întâlnire se desfășoară sub mai multe forme:

- copilul împreună cu mama, reprezintă situația față de care nu se poate avea nici un fel de prejudecăți;
- copilul împreună cu cei doi părinți, se observă în familiile atente și motivate;
- mama singură, tinde cel mai adesea să îl includă pe clinician în controlul omnipotent pe care încearcă să îl exercite asupra copilului său;
- copilul, mama și frații, pun înainte de toate problemele de interacțiune dintre frați, fie că acest fapt se petrece în psihismul mamei sau în acela al copiilor;
- copilul singur, sau însoțit de un frate mai mare, bunic, vecin, exprimă o suferință de tip abandonic sau o respingere familială mai mult sau mai puțin relevantă;
- copilul împreună cu tatăl, relevă prezența unor neînțelegeri familiale, un divorț, sau o situație neobișnuită (decesul mamei);

Este recomandabil ca interviul cu copilul mic și cel de vârstă medie (până la 12 ani) să parcurgă următorii pași:

- părintele sau părinții să se exprime în prezența copilului;
- copilul este abordat singur;
- familia este din nou reunită.

Metode psihoterapeutice în terapia copilului și adolescentului

Conform opiniei lui Kecskemeti, 2003, indiferent de metodă, tehnică sau procedură, psihoterapia copilului se desfășoară după un model general, concretizat într-o succesiune de etape bine definite.

Etapele sunt prezentate în ordine cronologică astfel:

- primul contact și demersul relației psihoterapeutice;
- elaborarea motivației copilului pentru psihoterapie;
- psihoterapia propriu-zisă;
- consolidarea rezultatelor psihoterapiei;
- dezangajarea din reacția terapeutică.

Prima etapă, a primului contact și stabilirii demersului psihoterapeutic constituie premisa principală și este urmată, de regulă, de o informare despre motivele care au determinat aducerea copilului la tratament, expectanțele persoanei care l-a adus, ceea ce va permite psihoterapeutului să-și formeze o imagine asupra problemelor cu care se confruntă copilul. Psihoterapeutul capabil să-și găsească intuitiv rolul său încă din prima etapă a psihoterapiei va obține satisfacția ca pacientul să i se deschidă și să stabilească premisele unei bune comunicări în tot restul desfășurării psihoterapiei.

În cea de a doua etapă, copilul este lipsit de conștiința suferinței și de conștiința posibilității de a scăpa de unele inconveniente prin intermediul psihoterapiei. În discuțiile cu copilul un rol important trebuie să îl aibă părerile, opiniile acestuia, făcându-l astfel pe copil, să se simtă că i se oferă ajutor și șanse de a se elibera de probleme, tensiuni și suferințe. Tactica adoptată diferă de la caz la caz și în funcție de situație. Acest lucru este important deoarece copilul trebuie să găsească în psihoterapeut un aliat. Este important ca pacientul să simtă că această alianță este o alianță pentru..... și nu o alianță împotriva.....pentru a putea înțelege că boala nu este armă de luptă și vindecarea este deschidere spre ceilalți și spre acea complicată realitate care pe lângă satisfacțiile oferite comportă și neplăceri, acceptarea voluntară a unor obligații de ordin etico-moral.

Psihoterapia propriu-zisă, depinde în mare măsură de metoda

aleasă de terapeut în funcție de cerințele situației, de înclinațiile terapeutului, de complexitatea tabloului clinic.

Consolidarea rezultatelor concrete ale actului terapeutic trebuie verificate și consolidate sub supravegherea psihoterapeutului în situații de viață care implică anumite dificultăți. Copilul trebuie lăsat treptat, și tot mai mult să se descurce singur, iar rolul psihoterapeutului să fie tot mai scăzut, demonstrând astfel copilului că s-a descurcat de fapt fără el, iar în cazul unei situații de nedepășit fiind gata să intervină.

Separarea, dezangajarea din relația terapeutică are un impact important pentru pacient deoarece îi redă autonomia, cu toate că este o etapă dificilă și într-un fel "piatra cea mai dură de încercare a succesului psihoterapeutic". "Nu există mai mare satisfacție pentru psihoterapeut care se ocupă de copii și tineri decât satisfacția de a fi uitat. Ingratitudinea puiului de pasăre care părăsește definitiv cuibul este cea mai bună dovadă a faptului că nu mai are nevoie de protecție; cea mai bună dovadă a maturității, a independenței sale, fiindcă scurtimea memoriei afective este una dintre semnele tinereții pline de vigoare"(p.43-44).

2.3. Factorii care interferează patologic dezvoltarea psihomotorie normală (Cornuțiu, 2004)

Reprezintă, de fapt, posibilitățile lezionale de-a lungul perioadelor evoluției geno – bio – fenotipice: genetică, fetală, a nașterii, faza de sugar, etc. Sistematizarea și exemplificarea factorilor va fi prezentată conform opiniei Dobrescu. I, 2003:

1. Factorii prenatali

1.1. Anomalii genetice. Procent de cazuri clinice 4-28 %

1.1.1. Anomalii cromozomiale. Sunt exemplificate de:

- Sindromul Down – Trisomia 21 (1 / 1.000 nașteri)
- Sindromul Cri du Chat – Deleția brațului scurt al cromozomului 5 (1 / 50.000 nașteri).
- Sindromul Cornelia de Lange (1 / 70.000 nașteri).

1.1.2. Anomalii monogetice. Sunt exemplificate de:

- Fenilcetonuria. Autosomal recesivă (1 / 11.500 nașteri) Lipsa fenilalaninhidroxilazei hepatice.
- Boala Tay Sachs. Autosomal recesivă. Depozite lipidice.
- Homocistinuria. Autosomal recesivă. Lipsă de cistation sintetază.
- Galactozemia. Autosomal recesivă (1 / 62.000 nașteri). Lipsă de uridiltransferază.

1.1.3. Anomalii multifactoriale. Întârzierea mintală familială.

1.1.4. Anomalii prin microdeleție

- Sindromul Williams. Autosomal dominantă (1 / 20.000 nașteri). Hipercalcemia familială.
- Sindromul Laurence – Moon – Biedl. Autosomal recesivă.
- Sindromul Prader – Willi. Microdeleție pe brațul lung al cromozomului 15.

1.2. Malformații congenitale (7-17 % dintre cazuri)

- Anomalii ale tubului neural
- Malformații însoțitoare celorlalte anomalii genetice.

1.3. Factori infecțioși. Infecții ale mamei, acționând în diferite perioade ale sarcinii, dar mai nocivi în primele 3 – 4 luni de graviditate: gripă, rubeolă, herpes, v. citomegalic, toxoplasmoza, sifilis, SIDA.

1.4. Malgestoze (5 – 13 % dintre cazuri)

- a. placenta previa
- b. anomalii ale circulației fetoplaentare
- c. malnutriție maternă
- d. boli generale ale mamei (metabolic, cardiace, endocrine, renale, etc.)

1.5. Factori exogeni

- a. radiații
- b. traumatisme cu impact asupra fătului
- c. s. chimice: medicamente, droguri
- d. alcool (sindromul alcoolic fetal)
- e. traume psihice cronice

2. Factori perinatali (2-10 %)

- a. prematuritatea
- b. hipoxie prin: circulară de cordon, greșeli de manevre obstetricale, nașteri distotice, sarcini cu termen depășit
- c. hemoragia cerebrală
- d. icterul nuclear (în primul rând de origine Rh)
- e. infecții la naștere

3. Factori postnatali (3-12 % dintre cazuri)

- a. infecții de S.N.C. (meningite și encefalite)
- b. tubori cerebrale
- c. traumatisme cerebrale
- d. intoxicații diverse: Pb, nitriți etc.
- e. boli somatice în stare gravă: bronhopneumonii, sindrom de deshidratare, tulburări hidroelectrolitice, carențe nutriționale grave.

4. Factori de mediu (psihosociali)

- carențe afective grave
- hospitalism de orfelinat

5. Cauze necunoscute încă (30-50 %)

9.4. Tablou clinic

9.4.1. Tulburări de dezvoltare (Cornuțiu, 2004)

Sunt tulburări calitative de dezvoltare. Ele se situează între tulburările cantitative de dezvoltare și entitățile psihiatrice caracteristice adultului, dar care pot debuta în copilărie. Ele sunt definite de către CIM X "Grup de tulburări caracterizate prin alterarea calitativă a interacțiunilor sociale reciproce și a modalităților de comunicare, precum și printr-un repertoriu de interese și activități restrânse, stereotipe și repetitive" aceste alterări reactiv atitudinale capătă caracter de "trăsătură" definitivă asemănător poziției clinice a trăsăturilor din t.p.ale adultului și se manifestă stereotip "în toate situațiile" (CIM). Ele însă nu au nimic de a face, tabloul clinic, evoluția și patogenia fiind total diferite. Acest grup de tulburări dizarmonice de comportament social de comunicare și tulburări cognitive au debutul sub 5 ani, au tablouri clinice specifice prin care se deosebesc de alte tulburări de dezvoltare.

Autismul infantil

Descris inițial ca "Demenția precocissima" apoi ca, "Autism infantil timpuriu", tabloul clinic a purtat diverse denumiri: Psihoza copilăriei, Schizofrenia copilăriei, Psihoza simbiotică sau Tulburarea personalității atipice, indicând nesiguranța clinicienilor în izolarea și circumscrierea acestei entități. Inspirat de observația lui Rutter (1965) după care evoluția unui lot de 63 asemenea cazuri este diferită,

Kolvin (1981) stabilește pe un lot de 80 de copii că cei ce au debut sub 3 ani seamănă ca tablou clinic și evoluție cu cei descriși de Sancte de Santis și germanul Kanner, iar cei cu debut după 5 ani seamănă clinic și evolutiv cu schizofrenii. Așadar un set asemănător de vulnerabilități, poate cauza, în funcție de vârsta de dezvoltare a SNC la care își exprimă "invazia" fie autism infantil, fie schizofrenie. În 1978 Rutter stabilește criteriile definirii autismului infantil (citad de Dobrescu).

- a. debut înainte de 30 de luni
- b. insuficiență profundă a capacității de a dezvolta relații sociale
- c. întârziere în dezvoltarea limbajului sau limbaj deformat noțional care afectează comunicarea
- d. stereotipii, ritualuri și compulsii.

Ceea ce impresionează la acești copii este lipsa sentimentului gregar (nu sunt deloc interesați de a se juca cu cei de vârsta lor, nu le stărnește deloc interesul) și alterarea comunicării (ton, intonații stereotipe inexistente în normal, și "creația lor", accente absolut individualizate, repetiții stereotipe de propoziții lipsite de sens). De multe ori limbajul este atât de individualizat încât nu poate fi înțeles decât de părinți. Stereotipiile (legănat, balansat, etc.) ori anomalii de poziție corporală (bizarerii, mers pe coate, etc.) ca și fascinația etologică pentru mișcarea în sine (a imaginilor, obiectelor) completează tabloul clinic. Există o desinergizare perceptivă (de exemplu prag ridicat pentru dureri și prag scăzut pentru atingere), hipoprosexie globală. Pot manifesta aptitudini izolate de tip robotic ca și copiii cu Î.M. (calculatori calendaristici, sau să impresioneze sun 4 ani cu capacitatea de a citi) ceea ce dă profanilor convingerea de "inteligentă", iar părinților rezistență la acceptarea diagnosticului. Pot fi hiperactivi ("par vioi") și se pot automutila. În până la 25 %

din cazuri (după DSM – IV) pot prezenta crize de isterie. Ca evoluție este o suferință progresivă (ca schizofrenia) cu posibile ameliorări sectorializate (interes social, cogniție, etc.) în adolescență. Doar până la 1/3 din cazuri ajung ca adulți la un grad parțial de independență, în sensul de a munci și a trăi pe cont propriu (de a se autoconduce). Ca **diagnostic diferențial** pe primul loc se situează **schizofrenia**, care apare însă după minim 5 ani de dezvoltare normală (este prezentă ruptura personalității), iar ca și comorbiditate pot apare pe parcursul evoluției simptome schizofrene pozitive. Sindromul Asperger nu prezintă întârziere în dezvoltarea limbajului. Sindromul Rett prezintă întârziere în dezvoltarea capului, pierdere a algoritmilor motori manuali intenționali pe care îi achiziționează anterior, tulburări de coordonare a mersului și de poziționare corporală. Este un sindrom dominant psihomotor. Tulburarea dezintegrativă a copilăriei, survine după cel puțin 2 ani de dezvoltare normală, pe când în cea autistă debutul este de obicei sub 1 an.

Sindromul Asperger

Princeps a fost descris ca "psihopatie autistă" constând în dificultăți de ancorare socială a copilului. Debutul se situează între 3-4 ani cu o prevalență de 3-4/10.000. Chiar dacă s-a raportat o mare incidență a acestui sindrom în familiile afectate anterior, faptul că statutul de diagnostic a fost oficializat abia în 1990 (CIM) face ca studiile etiopatogenice să fie încă deficitare. Clinic acești copii au o dezvoltare cognitivă și a limbajului la nivelul vârstei lor. Sunt însă lipsiți de capacitatea de rezonare afectivă, anempatici și au dezinteres relațional. A mai fost asemănat acest sindrom cu t.P. schizoidă. Chimioterapeutic se poate administra risperidonă (0,01-0,02 mg/Kg/zi). Tratamentul principal este însă psihoterapeutic: terapia de grup și terapia familială pentru a exersa reacțiile emoționale, capacitatea de a se bucura, a stimula interesul pentru

gregaritate.

Sindromul Rett

Austriacul Rett a descris princeps acest sindrom ca o encefalopatie progresivă, apărând preferențial la fete, care fete se dezvoltă psihomotor normal până la 5-45 luni, după care (debut) încep să piardă din deprinderile motorii, coordonarea mersului, poziționarea corporală, relaționare socială și încetinirea creșterii capului. Prevalența este de 1/10.000 – 1/22.500 “numai fete” (DSM – IV TR). Este considerat, după sindromul Down a doua cauză de întârziere mintală la fete. Evoluția este stadială. **Primul stadiu** “puțin aparent” constă în încetinirea creșterii capului, cu tulburări de tonus muscular, de alimentare și discrete tulburări de comportament. În al **doilea stadiu** apare hipotrofie staturoponderală, inapetență și malabsorbție, chiar grave. Apar tulburări de atenție, auz și afectivitate, iar în 30 – 50 % manifestări paroxistice convulsive și nonconvulsive. Pe EEG apar vârfuri și unde teta în regiunile centrale, pe un fundal difuz de unde teta și delta. Aceste aspecte electroclinice se ameliorează în timp. În al **treilea stadiu** apare în trezie o stare de hiperventilație (absentă în somn), cu apnee, cianoză, aerofagie și balonări abdominale. Sunt tulburări centrale. Patognomonic se descriu stereotipiile mâinilor: “mișcare, frecare, spălare”, cu pierderea funcției aprehensive (măinile devin segmente inutile, care nu mai pot fi (ști) folosite). În al **patrulea stadiu**, apar tulburările de mers, scolioza, hipotonia devine rigiditate. Evoluția poate dura între 2 și 10-15 ani. Patogenic studiile ne orientează spre o patogenie genetică, cu deficiențe în producția factorilor de creștere neuronală și modificări de producție a gangliozidelor, având drept consecință scăderea capacității creierului de a forma conexiuni interneuronale. Evoluția nu prea poate fi influențată terapeutic la ora actuală. Convulsiile, agitațiile, eventual insomnia, sunt controlate specific.

Tulburarea dezintegrativă a copilăriei

A fost descrisă princeps de către T.Hellr în 1908. S-au descris până acum sub 100 de cazuri. Constă în regresie psihomotorie, după ce în primii 2-3 ani evoluaseră normal. A fost asemănată cu un proces demential. Patogenic, lucrurile sunt încă neclare, probabil în joc sunt tulburări metabolice. Clinic se observă o pierdere a îndemănrilor motorii, a limbajului expresiv și a înțelegerii lui, pierderea controlului sfincterian, repliere cu modificarea sau renunțarea la joc. Evoluția este lungă (ani) în pusee. Tratamentul este paliativ. Ultima entitate, cea de hiperactivitate asociată cu o întârziere mintală și de mișcări stereotipe nu are o validare sigură și de fapt se suprapune celorlalte entități diagnostice enumerate deja.

9.4.2. Tulburarea hiperkinetică cu deficit de atenție.

Ar putea fi numită Insuficiență Inhibitorie. Această tulburare care aduce aminte de fosta psihopatie instabilă și puțin cu actuala t.p. emoțional-labilă a adultului a fost descrisă încă din sec.XIX. (Phil – “Hoffman neastâmpăratul – citat de -), iar în 192 Still îi creiona tabloul clinic astfel “copiii aveau defecte ale controlului motor, aceștia erau hiperactivi, incapabili de a se concentra, cu dificultăți de învățare și probleme de conduită”. Psihoterapia se începe totdeauna cu psihoterapia familiei, a cărei atitudine și a cărei reacții trebuie să fie corectate spre a fi sinergice cu cele ale terapeutului (acesta în secție, părinții acasă). Psihoterapia individuală trebuie să vizeze creșterea autostimei, responsabilizarea (pentru motivare), reântăriri pozitive (anularea învățărilor negative), relaxarea și anihilarea eventualelor anxietăți sau trăiri depresive. Psihoterapia de grup trebuie să încununeze aceste eforturi vizând dezvoltarea abilităților sociale și a celor de învățare.

9.4.3. Tulburările de conduită

Această etichetă are o slabă delimitare semantică și se pretează la confuzii cu tulburările de comportament. Comportamentul poate fi automat (instinctiv), automat prin îngustare de conștiință dar și conștient (intenționat). Conduita înseamnă indirect autoconducere (deci conștiința valorică a gestului, faptei și intenționalitate). Tulburările de conduită se referă la comportamentul "antisocial, agresiv și provocator". În mod repetat, sfidător, provocator sau ostil, copilul încalcă regulile pe care orice copil normal de vârsta lui le respectă. Este de fapt o reacție aversivă la socializare, ducând la o adevărată răzbunare față de toți cei ce "îi pretind ceva" și de batjocorire a tot ceea ce "îi se pretinde". Minte, fură, chiulește, are explozii de mânie, de cruzime față de animale, de ură nespecifică, de răzbunare prin distrugere de bunuri. Cei aflați într-un stadiu inițial de aversiune față de socializare pot manifesta aceste mal conduite doar în familie, sau doar în relație cu ceilalți copii, mai ales mai mici (micul tiran). Ca intensitate aceste autoconduci se pot limita la provocare (nu are curajul să meargă până la capăt), sau la opoziție pasivă ("Da, da, da, ... și în surdina "la dracu"...). Alții care au o bună gregaritate, dar au dezvoltat reacția antisocializantă au mal conduite doar în grupuri de delinvenți. Pericolul evolutiv este major. Pentru a certifica diagnosticul DSM-ul pretinde o durată de minim 6 luni de zile de o asemenea conduită constantă. Această reacție de aversiune la socializare va duce la hipotrofia sistemului valoric moral (gregaritate, rușine, vinovăție, responsabilitate, cinste, onoare, etc.). Evolutiv perioada de 13-15 ani este cea mai "rebelă" și "agresivă", zgomotos anti. Evoluția spre structurarea unei personalități antisociale este aproape o regulă (cca 40 %). Raportul băieți / fete = 7-8. Prevalența variază între 2-10 % (după studii și zonă geografică, probabil și după criterii diagnostice).

Patogenia ia în discuție un set de vulnerabilități biologice și psihologice, dintre care iatrogenia deformată prin eșecul socializării este modelul de maximă credibilitate și consistență explicativă. Oricum tratamentul medicamentos este paleativ și nespecific, șansele maxime oferindu-le psihoterapia. Accentul principal este pus pe pedagogie și pe consilierea familiilor pentru un corect retrocontrol în grup (gratificare și penalizare corecte, cu punerea accentului pe gratificare). Pentru copil trebuie comutată sursa satisfacției de la "mândria răzbunării" la "mândria situării în frunte". Orgoliul este un instrument extrem de util în "manipularea" psihoterapeutică a acestor copii și adolescenți.

9.4.4. Tulburări ale funcției sociale; cu apriția specifică în perioada copilăriei și a adolescenței

Mutismul selectiv

Constă în blocarea vorbirii, aproape numai la fete între 6 și 9 ani, întotdeauna numai în condiții de emotivitate, disconfort sau chiar opoziție care o copleșesc pe mica pacientă. Personologic sunt timide, inhibate, anxioase. Familial comunicarea este crispată, reticentă și incompletă, așa încât amprentarea aproape că nu poate oferi alt rezultat. Epidemiologic datele sunt prea variabile ca cifre, dar sinergice în ceea ce privește "ieșirea din impas" după 9-10 ani. Tratamentul chimioterapeutic constă în antidepresive de tip I.S.R.S. și roborante neuroplastice. Psihoterapia și psihopedagogia vizează familia, corpul profesoral și pacienta. Obiectivele sunt atmosfera relaxantă, perceperea de către pacientă în mod detașat și relaxat a relațiilor sociale de orice fel, "învățarea îndrăzelii" și "încurajarea continuă" (retrocontrolul prin gratificare).

Tulburarea reactivă de atașare a copilului

Apare în primii 5 ani și constă de fapt în frica de relații cu

ceilalți (dincolo de familie), manifestată prin ample reacții emoționale și comportamentale (până la agresiune și heteroagresiune). Reacția începe cu refuzul intimității corporale: luarea în brațe, apropierea, contactul vizual, zâmbetul. Concomitent există frica separării de "elementele de siguranță" a atașamentului (mamă, tată). Măsurile terapeutice vizează structura și funcționarea emoțională a familiei în relația cu copilul care trebuie să aibă acces la căldură afectivă, relaxare și siguranță.

9.4.5. Tulburările legate de stres (Tulburările de tip nevrotic)

Copilul nu are de la naștere toate funcțiile psihice. De exemplu copilul se naște cu frică (reacție moștenită etologic) față de obiecte concrete (deci reacție poststimul), dar nu are la dispoziția sistemului de alarmă anxietatea care presupune o capacitate anticipatorie. Anticiparea însă, presupune apel la experiență (înmagazinată în memorie) pe care experiență copilul nu o are. De asemenea anticiparea presupune o funcție imaginativă operațională. Până când nu se acumulează experiență și nu devine operațională imaginația copilului nu poate experimenta anxietatea, care este o frică învățată (experiența) și investită simbolic (imaginația). Acest lucru a fost notat istoric în perioada marilor descoperiri geografice. Acolo unde încă nu călcase omul (insule), păsările și animalele nu se temeau de acesta și nici răpitoarele pe care le aduceau cu el. Ulterior au învățat să se teamă (să anticipeze pericolul). Nici depresia (concluzia negativă existențială) nu este înăscută omului. Nu poți trage concluzii existențiale până nu ai un sistem de valori, o scară valorică pe post de instrument de comparare și evaluare a experiențelor. Plânsul este înăscut, dar el nu rămâne decât mijlocul mai mult biologic, neuropsihologic de exprimare a unei experiențe cu semnificație negativă. Tocmai de aceea la depresivi endogeni adulți,

atunci când boala afectează substratul neurosomatic bolnavul plânge automat ca o criză epileptică, comparație grosieră dar sugestivă, fără să știe de ce, întrebându-se singur, sau întrebându-ne pe noi de ce plânge.

Dincolo de plâns și de simptomele biologice ale depresiei, iar în depresiile psihogene mai mult depresia constă în faptul psihologic al trăirii semnificației negative de moment a semnificației existențiale negative, a devalorizării individuale. Din același motiv, la copilul sub 12 ani nu este posibil suicidul, deoarece sub această vârstă copilul nu are noțiunea morții în sensul semnificației sale de viitor, chiar dacă el folosește cuvântul, iar școlarul deja intuiește (uneori înțelege) semnificația la modul prezent al morții. Pentru el este o dispariție acum. Nu are noțiunea de totdeauna deși poate folosi cuvântul însușit prin imitație. Toate aceste considerente au trei consecințe:

- a. psihogeniile (suferințele de tip nevrotic mai ales) nu pot apare în viața copilului decât din momentul în care se dezvoltă funcțiile antrenate de factorii stresanți în patogenie.
- b. ele nu se pot exprima clinic decât în funcție de capacitatea de exprimare și patogenică pe care o permite nivelul de dezvoltare a respectivei funcții psihologice.
- c. cu alte cuvinte tablourile psihopatologice care apar în copilărie și adolescență sunt platoplasticizate, de nivelul dezvoltării etapei de vârstă.

Tulburările anxioase

Anxietatea de separare

Apare în primii ani de viață, când atașamentul este sursa principală de siguranță, iar individuația este abia "în nuce". Psihic se manifestă prin: refuzul de a dormi singur, coșmaruri cu tema pierderii "obiectelor" majore de atașament (părinți, casă, etc.),

anticiparea anxioasă că și-ar putea pierde "obiectele" de atașament.
Somatic: grețuri, vărsături, dureri de stomac, dureri de cap, alte stări de rău.

Anxietatea generalizată seamănă deja cu a adultului. Psihic etalează: anxietate, neliniște, oboseală, iritabilitate și hipoprosexie. Somatic: acuză insomnii și tensiuni musculare.

Fobiile au aceleași caractere ca la adult.

Tulburările de panică (atacurile), au față de adult o exprimare neurovegetativă cu mult mai amplă și generalizată.

- a. cardiac: palpitații, durere în piept, puls accelerat;
- b. respirator: senzație de sufocare
- c. digestiv: dureri abdominale, grețuri, vărsături;
- d. SNC periferic: transpirații, paliditate, parestezii;
- e. SNC central: amețeli, leșin;
- f. psihic: senzație de ireal, senzație de moarte iminentă.

Tulburările obsesiv-compulsive

Sunt asemănătoare celor de la adulți, dar mai puțin structurate și cu o simptomatologie mai puțin elaborată.

Tulburările de stres posttraumatic

Copilul poate face toată gama de reacții de șoc amintite la adult, ca reacție imediată, putând fi urmate de trăirea repetitivă a momentului traumei și de vulnerabilizarea de tip nevrotiform, cu afectarea consecutivă a relațiilor și performanțelor școlare.

Tulburarea disociativă

Constă în ceea ce la adult numim psihoze isterice, reacții cu decuplare de la realitate. Destul de des apare amnezia lacunară electivă. DSM-ul dă definiția cea mai intuitivă, atât patogenic cât și simptomatologic "o întrerupere în funcționalitatea integrativă a conștiinței, memoriei identității și percepției evenimentelor"

Tulburările de conversie

Clinic simptomatologia de conversie este mai complexă și mai dramatic teatralizată ca la adult. Tulburările pseudoepileptice (inclusiv pseudojacksoniene), neuromotorii, senzoriale și digestive domină ca frecvență tabloul simptomatologic

9.4.6. Tulburările afective (de dispoziție) la copil și adolescent

Deși Kraepelin descrie la sfârșit de secol XIX o "Psihoză maniaco-depresivă" (noțiunea în funcție atunci) la un copil de 6 ani, realitatea bolilor afective majore în copilărie era pusă sub semnul întrebării. Abia prin deceniul 7 al sec. XX, Anthony și Scott, defalcând debuturile pe grupe de vârstă: 6-12 ani, 12-18 ani și >18 ani au creat premisele clasificării problemei. Acestea nu sunt doar etape de vârstă ci și etape de dezvoltare atât a SNC cât și a sistemului endocrin. S-a putut înțelege astfel că un debut de tulburare afectivă cu cât este mai prematur cu atât este mai ales expresia defecțiunii de substrat neurosomatic și la debut contribuie mai puțin factorii de dezvoltare ontogenic psihologică. Cu cât vârsta este mai crescută, neuromasa mai aproape de maturitate, cu atât contribuția ontogeniei psihologice crește, fără a atinge însă nivelul din patologia afectivă cu debut la vârsta de adult. În acest sens chiar dacă în fundamentele neurochimice nivelele afective sunt similare între o "depresie etologică" zicem noi și o depresie umană propriu-zisă, între ele există o diferență de dezvoltare a complexității vieții dispozițional afective. Astfel la pierderea stăpânului un câine "se retrage într-un colț, stă stingher, refuză mâncarea, nu mai este vioi, adică este radimotor etc..." Dar, cred că este pretențios de a vorbi despre depresia câinelui. Este vorba despre un algoritm comportamental și expresiv înăscut care stă la baza afectivității umane și care este comun mamiferelor.

Aceiași "reacție de separare" s-a descris la puii de maimuță. O reacție similară de separare se descrie la copii, dar înaintea fundamentării operaționale a conștiinței de sine și a schițării scalei de valori care să permită o reverberare a semnificațiilor existențiale. Nu putem vorbi despre depresie în sensul în care folosim noțiunea de adult. Este indiscutabilă existența patologiei afective la copiii de peste 6-10 ani, dar datele epidemiologice sunt încă insuficiente, extrem de variabile și nesintetizate.

Etiologia

Pentru copii riscul patologiei afective variază în jur de 15 % dacă unul din părinți are o patologie afectivă psihotică. Cu cât vârsta de debut la părinți a fost mai mică (grad de vulnerabilitate înăscută) cu atât șansa moștenirii vulnerabilității (bolii) este mai mare la copii. În cazul suicidului în familie riscul pentru copii crește la 25 % (se adaugă în plus imitarea ca învățare, modelul). Anatomic studiile de neuroimagică au arătat la depresivi scăderea semnificativă a raportului lob frontal / total masă cerebrală, concomitent cu creșterea semnificativă a raportului ventricol lateral / volum cerebral total. Se pare că și raportul substanță cenușie / substanță albă este modificat în detrimentul substanței cenușii. (Kapla și Sadock, 2000). La copiii cu depresie s-a găsit o scădere a secreției nocturne a hormonului de creștere, care la rândul său influențează răspunsul la insulină, energia neuronului depinzând de metabolismul glucidic. S-a mai găsit o scădere a somnului REM și a ritmului Δ (de diastă. Un amănunt interesant este cel al modificării răspunsului la cortizol după administrarea de L-5 hidroxitriptofan (precursor al serotoniei).

Caracteristici clinice

Cu cât vârsta este mai scăzută domină "simptomele biologice": insomnii, inapetență, scădere în greutate și în creștere.

Tulburările digestive sunt completate cu tulburări sfincteriene. Afectiv plânsul și labilitatea afectivă cu crize de mânie sau țipete sunt stridente. Comportamental se exprimă prin refuzul sau alterarea jocului cu răzbunare pe jucării. Prăbușirea energetică duce la scăderea performanțelor funcțiilor cognitive. Plictiseala și lipsa chefului de joc, lipsa puterii de a se bucura sunt la copil echivalente depresive. La copil se văd mai rar episoadele maniacale în sensul unui tablou complet și de intensitatea cunoscută la adult. Mai repede se poate vorbi de episoade hipomaniacale. În plus nu este prezentă acea veselie contagioasă a maniacalului adult. Se manifestă mai mult ca o stare de hiperexcitabilitate cu hiperactivitate, iritabilitate, logoree, insomnie și un comportament excentric. La adolescenți dezinhibiția poate fi dominant instinctuală. Deseori un comportament de "dezmăț" hipererotic la adolescente ecranează un discret episod hipomaniacal. Tulburările psihotice pozitive (idei delirante de mărire și halucinații) sunt mai frecvente decât la adult. Între indicii predictorii ai suicidului la adolescenți trebuie să includem în plus față de adult "obligațiile de onoare", demnitatea la această vârstă fiind o sursă majoră de motivare existențială, este perioada luptei pentru "a fi eu însumi". Depresiile adolescenților, chiar cele distimice trebuie monitorizate cu o crescută grijă pentru prevenirea suicidului.

Cap. 10 Caracteristici psihice datorate vârstei

10.1.Considerații teoretice

Alături de geriatrie, gerontologie și psihiatrie, psihologia vârstelor, și în special psihologia vârstei a treia, studiază problemele specifice acestei etape de vârstă, însă fiecare dintr-un punct de vedere propriu. Un interes important se poate observa pentru elaborarea unei psihologii și a unei psihosociologii a vârstei a treia datorită creșterii numărului de persoane vârstnice în totalul populației, în următorii ani ; astfel încât se încearcă elaborarea unei strategii profilactice a îmbătrânirii premature iar cauzele psihosociale ale acesteia având un rol destul de însemnat. Procesul de îmbătrânire demografică are următoarele repercursiuni: economice, socio-familiale, medicale necesitând anumite măsuri deosebite de asistență, îngrijire, ocrotire.

Bătrânețea se definește ca fiind „etapa terminală a vieții, inclusiv a rutei profesionale active. Se mai numește vârsta a treia.” (Șchiopu, 1997).

Delimitând conceptul de „bătrânețe” se cuvine o definiție a termenilor foarte des utilizați în legătură cu această etapă de viață. Termenul de „senescență” se referă la aspectul normal al bătrâneții ca fiind „procesul biologic general care se manifestă la toate nivelele de integrare a organismului; o vârstă a vieții, a treia după cea a creșterii și cea adultă fiind similar cu termenul de îmbătrânire”. La polul celălalt, aflat în opoziție cu senescența se află termenul de „senilitate”, acesta se referă la aspectul patologic al bătrâneții. Senilitatea, se definește ca fiind „exagerarea procesului normal al îmbătrânirii. Senilitatea se manifestă în plan psihic printr-o inerție intelectuală, dificultăți tipice ale fixării noilor evenimente, o pierdere în suplețea adaptării și incontinență emoțională”. (Șchiopu, 1997).

Încă din cele mai vechi timpuri, bătrânețea a ocupat un loc important în ansamblul vieții. În funcție de stadiul de evoluție a societății, profunde implicații religioase, filozofice și sociale au conferit vârstei a treia un statut aparte. Instinctul supraviețuirii a identificat bătrânețea și a luptat împotriva ei, considerând-o un obstacol în calea prelungirii vieții. Astfel, negarea morții a început cu negarea bătrâneții. Omul, pentru a învinge destinul, pentru a nu ajunge la bătrânețe și implicit la moarte, luptă, se împotrivește îmbătrânirii, chiar dacă această luptă era sortită de la început eșecului.

În acest sens stau mărturie “Tratamentele de întinerire” pomenite cu 1600 ani î.e.n. de către civilizația egipteană. Vârstele tinere luptau pentru eliberarea de sub tutela vârstei a treia, aspirând la aura de respect, stimă și înțelepciune asociate cu senectutea.

De-a lungul evoluției umane, bătrânețea a cunoscut considerații diferite în cadrul societăților. Astfel, în antichitate - Roma Antică, Grecia- istoria menționează rolul important acordat bătrânilor, existând acel “sfat al bătrânilor” ce funcționa ca organ consultativ și decizional. Tot istoria menționează și situații inverse, în care bătrânii erau considerați o povară pe capul familiei și societății. Astfel eschimoșii își ucideau bătrânii la cererea acestora, ducându-i în ținuturi izolate, ghețuri, zăpezi, unde aceștia cădeau victime ale animalelor sălbatice, totul desfășurându-se în cadrul unor ceremonii complicate. De asemenea, cântecele străvechi ale popoarelor războinice arată disprețul acestora pentru bătrânețe, considerând moartea de bătrânețe ca fiind lipsită de sens, rușinoasă, bătrânii fiind lăsați să moară, sau să se sinucidă. La aceste popoare , bătrânețea și a fi bătrân nu era în acord cu spiritul războinic, eroismul, vitejia, glorificate de acestea.

Renașterea aduce o reconsiderare a bătrâneții, datorită orientării renaștentiste spre știință și umanism. În secolul XX datorită noilor descoperiri, a creșterii nivelului de trai, a unor legi de asistență socială, asigurări sociale, legislația medicală, a crescut media de vârstă și speranța de longevitate.

În psihologia vârstei a treia sau a gerontopsihologiei, trebuie să se facă distincție între

“îmbătrânire” și “bătrânețe”. Dacă am văzut până acum că bătrânețea este o etapă distinctă în cursul ontogenezei, îmbătrânirea este un proces continuu, dinamic. Procesul de îmbătrânire este consecința unor transformări de complexitate și diversitate deosebite. Există opinii conform cărora, îmbătrânirea se declanșează încă din momentul concepției, fiind programată de aparatul genetic al fiecărei celule.

Studiul complex al fenomenului îmbătrânirii somato-psihice, a impus delimitarea unor ramuri distincte ale științelor medicale și psiho-sociale; gerontologia, geriatria, socio-geriatria (studiază statutul și rolul vârstnicului în societate și relația acestuia cu comunitatea), psiho-geriatria (studiază aspectele psihologice ale vârstei a treia) și gerontopsihiatria. De studiul procesului natural de îmbătrânire se ocupă gerontologia, în timp ce geriatria se ocupă de îmbătrânirea patologică.

Problematica bătrâneții a constituit și constituie o preocupare pentru filozofi și medici, încă din antichitate (*Hypocrate, Socrate, Cicero, Seneca, Galenus, Aurelianus*), medicii antichității descriind tulburările psihice apărute de-a lungul vieții. Galien a fost printre primii care nu a privit vârsta înaintată ca pe o boală ci ca pe o etapă naturală în evoluția organismului. Platon elogiază vârsta senectuții. Cicero consideră bătrânețea o povară doar dacă individul își pierde interesul și controlul asupra propriei vieți.

Bătrânețea sau maturitatea târzie este un fenomen care ar trebui considerat mai mult un triumf al supraviețuirii decât un motiv de disperare. (Schopenhauer, 1994).

Înțelegerea realistă a inevitabilității îmbătrânirii și a fatalității morții nu are nimic cu resemnarea.

C.Noica dă un sens ascendent vieții, spune că bătrânețea nu este o maladie sau o surpare a ființei umane, ci reprezintă una din șansele omului de a se afirma plenar, de a-și găsi adevărata ordine interioară. Făcând distincție dintre îmbătrânire și bătrânețe, prenescență și senescentă, Noica consideră că medicina și psihologia trebuie să sporească șansele de afirmare umană a presenescentului, dar, pe senescent să-l lase în pace, să sfârșească în voia lui și să sfârșească frumos, adică cu demnitate.

Pentru anii presenescenței sensul pozitiv îl dă însingurarea, acțiunea și demnitatea de om. Cu acestea se intră în senescentă, în anii degradării fizice.

O meditație asupra bătrâneții este de fapt o meditație despre eternitate. Dilema este între condiția noastră fatal limitată, supusă trecerii și aspirația noastră firească de a trăi în eternitate (Schopenhauer, 1994).

Senectutea nu oferă împlinirea nemuririi, dar oferă perspectiva de a gândi nemurirea și de a ți-o apropia. Bătrânețea poate fi înțeleasă ca o perioadă a vieții în care finalitatea trecerii și înțelesul limitării noastre trebuie recunoscută, acceptată și înțeleasă.

Gerontologii împart această perioadă adultă târzie, cunoscută ca perioada vârstnicului, și care se referă la acea fază a ciclului vieții care începe după 65 de ani, în două părți : “vârstnicul tânăr” – cu vârsta cuprinsă între 65 și 74 ani și “vârstnicul bătrân” – cu vârsta de peste 75 de ani. De asemenea, se poate vorbi despre vârstnicii bine, adică sănătoși fără vreo afecțiune medicală sau psihică, și

vârstnicii bolnavi, ale căror infirmități interferează cu funcționarea normală a organismului și deci necesită atenție specială, medicală, psihologică sau psihiatrică.

Caracteristica majoră a procesului de îmbătrânire este asincronismul, atipismul, aspectul insidios atât la nivelul macrosistemelor cât și la nivelul microsistemelor – celule, molecule. Îmbătrânirea are loc pe mai multe planuri :

“*îmbătrânire fiziologică*” normală, lentă , dar continuă, asincronă eterogenă ce permite individului să atingă vârsta înaintate în funcție de zestrea ereditară, de factorii și condițiile de mediu (Șchiopu; și Verza, 1997).

“*îmbătrânirea patologică*” sinonimă cu starea de boală, presupune o degradare rapidă, avansată, ce determină un decalaj între vârsta calendaristică și cea biologică. Apare în urma agresiunii agenților patogeni.

“*îmbătrânirea accelerată*” constă în instalarea timpurie a semnelor bătrâneții.

“*îmbătrânirea psihologică*” este declanșată de condiții psihotraumatizante. Astfel se consideră că bătrânețea se instalează atunci când individul nu este capabil să găsească modalități adecvate de readaptare la noi stiluri de viață, când nu reușește să dea sens acțiunilor sale, nu reușește să-și păstreze o anumită flexibilitate.

Viața afectivă a vârstnicului este distorsionată. Apatia, blazarea sunt consecințe ale scăderii capacității de reacție la excitanți afectivi slabi. Hipersenzitivitatea, hiperemotivitatea, impresionabilitatea, sunt specifice acestei vârste. Sentimentul neputinței se accentuează și se acutizează pe măsură ce regresia fiziologică se accentuează.

Posibilitățile de constatare a lumii externe fiind din ce în ce mai reduse, se instalează

“ *sentimentul de izolare* ”, care în cele mai multe cazuri sperie. Instalarea acestuia are loc și datorită altor cauze de natură socială : pierderea rolului social productiv, a prestigiului, a responsabilității sociale, a rolurilor și statutelor în familie, abandonul în instituții de ocrotire. Bătrânii se tem de singurătatea în suferință, de singurătatea din clipa morții, pentru care de altfel se pregătesc material și spiritual. Există cazuri de autoizolare, de retragere din lume, din viața socială, dacă nu există motive suficient de puternice pentru a-i scoate din apatie, din blazare.

Îmbătrânirea psihologică este rezultanta modificărilor incluse de vârstă în planul biostructurilor, care constituie suportul material al vieții psihice și acela al desfășurării propriu-zise al funcțiilor psihice. La baza acestor modificări stau factori endogeni – ereditatea, “ uzura ” vieții psihice și factori externi, ai mediului ambiant – ecologici, sociali, culturali.

Evenimentele din mediul social, cultural, relațional, care intervin în existența vârstnicului, au o influență importantă asupra psihismului acestuia, determinând unele modificări psihologice sau îmbolnăviri psihice caracteristice involuției.

Atitudinile individuale față de acest moment al existenței sunt diferite în funcție de valențele fundamentale individuale de personalitate, de nivelul de cultură, de gradul de socializare, de starea de sănătate fizică și mintală. Reprezentarea pe care o au vârstnicii despre bătrânețe este diferită : unii o privesc cu umor, optimism, speranță, în timp ce alții o conștientizează ca pe cea mai tristă și grea perioadă a existenței.

În ceea ce privește “ *longevitatea* ” studiul acesteia a cunoscut o mare amploare, odată cu dezvoltarea gerontologiei. Studiile de longevitate efectuate asupra familiilor longevive au arătat că persoanele care trăiesc peste 80 de ani au avut tați , care la rândul

lor au trăit peste 80 de ani.

Vârsta a treia este pentru Erik Erikson a opta etapă a ciclului vieții. Erikson descrie vârsta a treia ca fiind un conflict între *integritate* - care este determinată de sentimente de satisfacție date de viața productivă pe care a desfășurat-o și *disperare* - care este determinată de scopul, înțelesul pe care l-a avut viața individului.

Bătrânețea este o perioadă a mulțumirii de sine – o perioadă în care individul se bucură de nepoți, o contemplare a propriilor activități importante sau mai puțin importante desfășurate de-a lungul vieții, bucuria de a-și vedea rodul mincii sale și de a se bucura de acesta, precum și contemplarea rezultatelor muncii celor tineri, în cadrul căreia și-a adus și el mai mult sau mai puțin contribuția. Integritatea – satisfacția vieții trăite, îi permite individului de vârsta a treia să-și accepte locul pe care acum îl ocupă în ciclul vieții și totodată îl face singurul răspunzător pentru toată experiența, cunoașterea acumulată în propria sa viață.

La bătrânețe nu există pace și mulțumire dacă în cursul vieții nu s-a realizat actul procreației. Fără urmași, persoana în vârstă nu are convingerea că viața trăită până acum a avut un sens, un scop. Fără această convingere apare teama de moarte, disperarea ori o anumită stare de dezgust față de tot ce a trăit până acum. Disprețul față de oameni îl aduc în pragul disperării.

În ce privește menținerea respectului față de sine, aceasta este o sarcină majoră la vârsta a treia. Respectul față de sine poate fi promovat și susținut de prezența câtorva factori :

- securitatea economică - permite indivizilor să-și asigure necesitățile de bază ale existenței;
- persoanele de suport – îi protejează împotriva izolării și-i asigură acele necesități vitale;

- sănătatea psihologică – îi permite individului un echilibru psihologic, adaptarea matură și buna funcționare a mecanismelor de adaptare ;
- sănătatea fizică – îi permite individului să efectueze activități plăcute și utile ;

Când unul din acești factori este afectat, bătrânul nu-și mai poate menține respectul față de sine. Astfel, apare tensiunea, anxietatea, frustrarea, depresia, mânia. Când își dă seama de modificările de la nivel fizic și psihologic, bătrânul își pune întrebarea asupra necesității sau nu de a mai continua să trăiască.

În acord cu teoria freudiană, conform căreia la persoana matură se produce o creștere a controlului ego-ului și id-ului rezultând o creștere a autonomiei ; pierderea aotonomiei printr-un proces de regresie, îmbătrânire, permite apariția unor moduri de funcționare mai primitive. Astfel, regresia este asociată cu fenomene de perturbare în ceea ce privește capacitatea de a distinge între stimulările externe și fanteziile interne, sau poate apare pericolul unor conduite agresive sau devieri sexuale. Regresia superego-ului poate duce la apariția și menținerea sentimentului de vinovăție, ori dimpotrivă la lipsa acestui sentiment deși a generat variate situații conflictuale.

În zilele noastre se observă un fenomen de discriminare a bătrânilor și a anumitor stereotipuri negative ce apar odată cu bătrânețea, de către populația tânără. Chiar bătrânii sunt nemulțumiți de ei înșiși și le este teamă de alte persoane în vârstă, aceasta corespunzând unei discriminări îndreptate împotriva lor.

În general vârsta a treia este asociată cu singurătatea, diminuarea sănătății, senilitatea, slăbiciuni, defecte, infirmități.

Economia săracă și nivelul economic scăzut al bătrânilor, face ca principala preocupare a lor să fie legată de aspectul financiar,

aceasta devenind chiar o obsesie ce domină celelalte aspecte pozitive ale bătrâneții. Obținerea medicamentelor și a strictului necesar supraviețuirii, devine o problemă majoră punând individul în dificultatea de a alege între alimente și medicamente, toate acestea având repercursiuni foarte importante asupra sănătății fizice și psihice ale acestuia.

Datorită faptului că fiecare om îmbătrânește în felul său, în ritmul său, cu caracteristici proprii, putem spune că vârsta a treia implică numeroase aspecte pozitive dar și negative. Dintre aspectele pozitive ale vârstei a treia, se pot menționa : chibzuința, înțelepciunea, iubirea pentru sine, pentru alții, pentru trecut, pentru nepoți. O deosebită expresie metaforică a gândirii filozofice asupra vârstei a treia, aparținând marelui gânditor Lucian Blaga, se regăsește în poezia " Trei fețe ", unde acesta spune : " Copilul râde : înțelepciunea și iubirea mea e jocul ; tânărul cântă : jocul și înțelepciunea mea-i iubirea ; bătrânul tace : iubirea și jocul meu e înțelepciunea ".

Înțelepciunea și iubirea sunt două mari trăsături, sau aspecte pozitive caracteristice vârstei a treia. Înțelepciunea bătrânilor a fost deseori remarcată, fiind apreciată încă din antichitate prin constituirea " sfatului bătrânilor ". Iubirea bătrânilor a fost mai puțin remarcată, mai rar, poate pe nedrept, sub formele ei negative : egoism, suspiciune, capricii. Iubirea sub forma generozității, a dăruirii , a așteptării, a nevoii de afecțiune a fost mai puțin afișată ostentativ, întrucât față de tumultuosul adolescenței, vârstnicul oscila între egofilie și iubirea ca esență demiurgică (Schopenhauer, 1994).

Înțelepciunea bătrânilor este rezultanta tuturor evenimentelor mai mult sau mai puțin plăcute, trăite de om de-a lungul vieții, este reflecția omului ajuns la bătrânețe asupra vieții individualizate, asupra încercărilor, obstacolelor mai mult sau mai puțin grele la care

a fost supus și a trebuit să facă față, este rodul tuturor învățămintelor pe care le-a tras din desfășurarea continuă a vieții lui și a celorlalți, a lumii în general.

Așa cum afirma filozoful german Arthur Schopenhauer " În tinerețe predomină intuiția, la bătrânețe reflecția: cea dintâi este timpul poeziei, cea din urmă mai mult a filozofiei ", " Numai cine ajunge la bătrânețe își poate face o idee deplină și conformă despre viață, fiindcă o privește în totalitatea și în mersul ei firesc".

10.2. Tablou clinic

10.2.1 Principalele modificări senzoriale

La această vârstă modificările importante pot fi evidențiate la nivelul senzorial așa cum au fost ele sintetizate de Santrock (2002) respectiv: vederea, auzul, mirosul, pipăitul, gustul și rezistența la durere.

În această perioadă de vârstă are loc accentuarea slăbirii vederii chiar dacă aceasta a început mult mai devreme. Conducerea pe timpul nopții devine mult mai dificilă deoarece scade toleranța la lumina puternică a farurilor. Adaptarea la întuneric este mai lentă astfel vârstnicii au nevoie de mai mult timp pentru a distinge elementele dintr-o încăpăre atunci când trec de la încăperi luminate la întuneric sau semiîntuneric. Aceasta sugerează că intensitatea stimulilor în ariile periferice ale vederii trebuie să crească. De asemenea evenimentele care au loc în afara câmpului vizual pot fi trecute cu vederea. Reducerea în calitate sau intensitate a luminii care ajunge la retină poate fi un semn al deteriorării vederii. La vârste foarte înaintate aceste schimbări pot fi însoțite de modificări degenerative ale retinei ceea ce determină probleme severe în ceea ce privește vederea la vârstnici, ei având nevoie de ochelari sau lupe pentru a putea citi cărți.

În general apar unele probleme asociate cu vederea, cum sunt:

- cataracta, care se manifestă prin pete opace pe ochi împiedicând trecerea luminii. Această afecțiune este operabilă.
- glaucomul, care implică imobilitatea globului ocular datorită prezenței lichidului în ochi. Dacă nu este tratat glaucomul poate distruge vederea total. Este o problemă care se manifestă la persoanele de aproximativ 70 de ani 1 % și 10 % la persoanele în jurul vârstei de 90 de ani.
- degenerarea maculară, implică deteriorarea retinei. Afecțiunea este întâlnită la o persoană din 25 cu vârste între 66 și 74 de ani și la o persoană din 6 pe măsură ce se înaintază în vârstă. Această afecțiune este greu de tratat și poate duce la orbire. Totuși dacă este detectată devreme poate fi corectată cu ajutorul laserului.

Deși slăbirea auzului poate începe la vârsta adultă, aceasta nu devine un impediment decât la vârste înaintate. Chiar și în aceste situații problemele pot fi rezolvate. Doar 19 % dintre persoanele cu vârste cuprinse între 45-54 de ani au probleme cu auzul, dar între 75 și 79 de ani procentul poate ajunge la 75 % (Harris, 1975, apud Santrock, 2002).

Utilizarea aparatelor auditive îi ajută, de obicei pe vârstnici în această privință. Fenomenele de surditate se manifestă de cele mai multe ori datorită sclerozei urechii interne. Atunci când sunt afectate celulele centrilor corticali al analizatorului auditiv, au loc fenomene de surditate psihică care se manifestă prin faptul că persoana în cauză aude dar nu înțelege (Șchiopu, Verza, 1997).

Tabelul nr.1 preluat din Santrock, 2002 sintetizează modificările care au loc la nivel vizual și auditiv:

Tabel 1-Modificări survenite la vârsta a treia la nivel vizual și

auditiv.

	Vârsta 65-74 de ani	Peste 75 ani
Vederea	- slăbirea acuității vizuale care poate fi corectată cu lentile; - lumina pătrunde mult mai greu prin retină; - persoanele sunt deranjate de lumina puternică (de ex. a farurilor); - scăderea abilității de a distinge între culori;	- scădere semnificativă a acuității vizuale și a distingerii între culori; - limitarea câmpului vizual perceput; - risc de disfuncții vizuale datorită cataractei și glaucomului;
Auzul	- scăderi semnificative în perceperea frecvențelor înalte dar și în cazul frecvențelor medii; - aceste disfuncții pot fi corectate cu ajutorul unui aparat auditiv;	- scăderea semnificativă în perceperea frecvențelor înalte și medii; - necesitatea unui aparat auditiv;

Gescheider, 1997 a observat că slăbirea simțului tactil poate fi asociat cu îmbătrânirea. S-a observat că pe măsură ce îmbătrânesc, vârstnicii își pierd simțul tactil, mai repede la glezne sau genunchi decât la încheietura mâinii sau la umeri, dar acest declin, se pare, nu devine o problemă (Santrock, 2002).

Se pare că la vârsta a treia are loc o scădere a sensibilității la durere. Chiar dacă aceasta îi poate face pe vârstnici să treacă mai ușor peste boală, poate deveni însă o problemă în rândul vârstnicilor atunci când ascunde prezența unei boli care trebuie tratată.

Un studiu realizat pe aproximativ 1200 de vârstnici de aproximativ 77 de ani, a demonstrat că aproape 30 % dintre aceștia au avut relații sexuale în ultimele luni. Două treimi dintre vârstnici s-au simțit satisfăcuți în urma acestor relații. Există diverse terapii care sunt orientate spre probleme de ordin sexual. Un studiu a demonstrat

că educația sexuală - constând în mare parte în furnizarea unor materiale informaționale - a dus la creșterea interesului pentru sexualitate, respectiv la cunoaștere și activitate în general, la persoanele în vârstă (Santrock, 2002).

10.2.2. Funcțiile cognitive

Procesele de cunoaștere complexe sunt influențate de experiența cultural - intelectuală, dar și de capacitățile funcționale constituite între timp, cu toate că acestea se deteriorează mai ușor.

Gândirea

Inteligența este afectată de procesul de îmbătrânire. Dacă în prima etapă: 65-75 ani, operativitatea nespecifică se menține relativ bine, volumul ideilor scade determinând un gol intelectual care este urmat de momente de conștientizare a declinului, apărând astfel o teamă de angajare în discursuri verbale manifestată prin: timiditate și reticențe verbale. În cazul rezolvării de probleme diferența dintre grupele de vârstă poate fi foarte mare sau mică, depinzând de cerințele problemelor și de măsura în care ele permit celui care rezolvă problema să se folosească de propria experiență și pricepere (Fisher, Lerner, 1994).

Declinul psihic la vârstnici este condiționat de o serie de factori care depind atât de natura subiectivă și de structura anatomo - fiziologică a persoanei cât și de condițiile de mediu de rezistența organică și în special de sistemul nervos central (Șchiopu, Verza, 1997).

Cercetările realizate de Ursula Șchiopu și Emil Verza, pun în evidență existența câtorva caracteristici ale gândirii la vârsta a treia. Este vorba atât de o inflație discretă a subiectivității cât și de o accentuare a operării în cadrul unor categorii absolute; adevărat-fals;

bun-rău; drept-nedrept, categorii care relevă caracteristici ale gândirii adolescenților. Tot la această vârstă are loc o mare inflexibilitate a opiniilor și raționamentelor precum și o scădere treptată a fluenței ideilor. Bradipsihia și psihorigiditatea apar treptat iar orientarea temporo - spațială se relizează cu dificultate. Există însă destule persoane în vârstă care reușesc să-și conserve luciditatea și echilibrul psihic general și rămân active, cooperante, deschise la nou și prezintă o adaptare bună de lungă durată.

Atenția

Vârstnicii nu-și focalizează atenția tot atât de mult asupra stimulilor relevanți în comparație cu persoanele adulte. Această diferență ar putea explica de ce ei nu sunt siguri în selectarea informațiilor relevante. În cazul în care informațiile relevante și irelevante apar sub aceeași formă, de exemplu vizuală, vârstnicii nu au capacitatea de a selecta doar informațiile relevante ci ei surprind într-un lot unitar totalitatea informațiilor în comparație cu adulții. În cazul în care informațiile relevante apar sub formă vizuală iar cele irelevante sub formă auditivă, ei manifestă un pattern de atenție selectivă similar cu cel al adulților.

Dar în momentul în care ei trebuie să reunească mai multe informații relevante, cum ar fi o literă specifică cu o culoare specifică, vârstnicii prezintă anumite limite. Astfel ei sunt mai lenti în cazul exercițiilor de atenție vizuală dar în schimb nu au probleme în surprinderea stimulilor relevanți (Sigelman, Shaffer, 1995).

Memoria

În abordarea memoriei la vârsta a treia apar câteva aspecte esențiale. Degradarea memoriei este mai semnificativă în cazul memoriei de scurtă durată, în schimb memoria de lungă durată

prezintă o rezistență mai bună. Vârstnicii uită cu ușurință unde au pus un obiect, ce au afirmat într-o situație sau alta, iar în memoria de lungă durată pot face asociații dar confuze. Ei prezintă o lentoare la nivelul gândirii, atenției și vorbirii care se realizează cu pauze lungi.

Vârstnicii sunt dezavantajați când li se cere să folosească funcțiile de învățare și de memorie. Ei sunt mai lenți comparativ cu persoanele tinere în ceea ce privește învățarea și stocarea informațiilor. Ei necesită o perioadă de timp mai îndelungată pentru parcurgerea unui material în vederea învățării lui, comparativ cu persoanele din celelalte grupe de vârstă. Deasemenea necesită un timp mai mult să răspundă când memoria lor se testează. Astfel ei sunt afectați de factorul, timp.

Persoanele de vârstă a treia obțin rezultate nesatisfăcătoare în comparație cu adulții în cazul exercițiilor de învățare a unor materiale care le sunt nefamiliare și par a fi fără înțeles, în special în cazul în care persoanele în cauză nu pot face legătura între materialul primit și cunoștințele propriu existente. Vârstnicii prezintă de asemenea deficiențe mai mari la nivelul de reproducere în comparație cu recunoașterea a ceea ce au învățat deja pe parcursul vieții îndelungate.

Cercetările au demonstrat că vârstnicii întâmpină mai multe dificultăți la exercițiile care necesită folosirea memoriei explicite. Memoria explicită implică redarea conștientă a cunoștințelor din trecut, iar memoria implicită apare neintenționat. Memoria explicită a fost testată prin intermediul unor teste tradiționale de recunoaștere și reproducere în timp ce testarea memoriei implicite s-a făcut astfel încât persoanele eșantionate nu și-au dat seama că memoria le-a fost testată, evaluată. La testele pentru memoria implicită vârstnicii, în majoritatea cazurilor au obținut rezultate asemănătoare comparativ cu persoanele adulte. Diferențele de vârstă reies, însă, în evidență în

situația testării memoriei explicite. (Sigelman, Shaffer, 1995).

Toate aceste constatări în întregimea lor, sugerează că persoanele de vârstă a treia întâmpină dificultăți când necesită utilizarea funcțiilor cognitive care presupun; rapiditate, învățarea unor materiale necunoscute, folosirea abilităților neexersate până atunci, reproducerea cunoștințelor precum și memoria explicită.

Tulburările de memorie se asociază frecvent cu cele ale gândirii și limbajului. Ideile paranoide îi induc vârstnicului impresia că este mereu urmărit și observat și că nimic din ceea ce spune și gândește nu este în concordanță cu ceilalți. Din punct de vedere comportamental, persoanele cu astfel de tulburări se manifestă ca fiind nervoase, irascibile și au o rezistență scăzută de frustrare. În cazurile mai grave, comportamentul dizarmonic se poate manifesta prin părăsirea temporară a locuinței, vagabondaj sau retragerea din societate.

Omul pe parcursul vieții sale este influențat multilateral de felul în care trăiește, de modul în care au acționat asupra sa sau nu factori stresanți, dacă a dus o viață echilibrată, ordonată, dacă s-au împlinit profesional și a avut satisfacții. La acestea se asociază factorul genetic care poate contribui la conservarea funcțiilor psihice și la menținerea însușirilor fizice, sau dimpotrivă, la accentuarea unor manifestări de prăbușire psihofizică a persoanei (Șchiopu, Verza, 1997).

10.2.3. Natura afecțiunilor psihice la vârstnici

Depresia la bătrâni

Deși din punct de vedere fizic, longevitatea crește aceasta poate fi afectată de problemele psihice ale vârstnicilor ceea ce-i determină să devină mai dependenți de ajutorul și îngrijirile

celorlalți.

Depresia majoră este o afecțiune prin care persoana devine profund nefericită, demoralizată și plictisită. Vârstnicii cu depresie majoră nu se simt bine, își pierd energia cu ușurință, au un apetit scăzut și devin mai puțin motivați. Depresia a fost denumită o "răceală obișnuită" în rândul problemelor psihice. Estimativ frecvența depresiei la vârstnici variază, deși nu există o dovadă că depresia este o afecțiune mai des întâlnită la vârstnici decât la adulți.

Printre cele mai obișnuite semne ale depresiei la vârstnici sunt: simptomele depresive întâlnite la o vârstă mai tânără, o sănătate precară și evenimente precum moartea soțului sau soției precum și suportul social din partea societății mai mic (Gatz, 1989).

Printr-un studiu pe termen mai lung, s-a demonstrat că vădulele aveau simptome depresive chiar și timp de doi ani după moartea soțului. De asemenea s-a arătat o accentuare a depresiei în cazul în care și sănătatea fizică se înrăutățește. Dar sprijinul din partea societății și integrarea în comunitate au avut un efect benefic (Fonda și Nogard, 1999 apud Santrock, 2002).

Depresia este o dispoziție tratabilă nu numai la adulți dar și la vârstnici. Din păcate, însă, aproximativ 80 % dintre vârstnicii cu simptome depresive nu sunt tratați deloc. Combinarea între medicație și psihoterapie, a produs o îmbunătățire semnificativă la aproape patru din cinci vârstnici cu depresie (Santrock, 2002).

Depresia majoră nu se remarcă doar prin tristețe cât și prin tendințele suicidale. Aproape 25 % dintre indivizii care se sinucid în S.U.A. au 65 sau peste 65 de ani. Vârstnicii care de obicei se sinucid sunt bărbați care trăiesc singuri, și-au pierdut soția și au probleme cu sănătatea.

Demențele

Capacitatea deficitară a funcțiilor cognitive la vârsta a treia este progresivă și apare pe nesimțite. Bolnavul sau familia la un moment dat, observă această involuție neplăcută. Aceasta poate constitui prima etapă. Apoi urmează etapa a doua când activitatea socială, profesională, familială și chiar cea de autoîngrijire este tot mai dificilă determinând accidente de comportament.

Conform opiniei lui Cornuțiu (2003) în momentul respectiv se poate vorbi doar despre un sindrom de involuție iar numai după acel moment apare sindromul demential. Acesta reprezintă partea finală a involuției, care este de fapt un aspect cantitativ al deteriorării și poate fi cuantificat. Este dificil însă de menționat de la ce nivel de funcționare deficitară (nivel de deteriorare) se poate vorbi de demență sau până unde se poate pune problema doar despre un sindrom involutiv. Involuția până la demențele prin lezarea definitivă a creierului poate fi lent progresivă cu sesizarea clinică a diverselor stadii de pierdere a performanțelor.

- **Sindromul involutiv** se caracterizează prin pierderea performanțelor în plan social și profesional asociat cu anumite neglijențe pe care altădată pacientul nu le-ar fi acceptat, cu dificultăți majore în rezolvarea problemelor noi, a diferențelor sau cu neobservarea similitudinilor.

Pe lângă aceste caracteristici funcționale sub aspect social apar caracteristicile funcționale psihologice: ușoară deteriorare mnezică, incompletitudine mnezică (adică individul poate evoca doar parțial evenimentele), nu este capabil să facă sinteze, (adică să observe esența unei informații), începe să fie orientat în timp, iar în ceea ce privește atenția voluntară aceasta va fi tot mai deficitară.

Aceste simptome apar întotdeauna, sau uneori episodic însoțite de simptome nevrotiforme cum sunt: astenie, fatigabilitate, amețeli,

insomnii. Acest nivel nu scoate însă persoana din circuitul social ci doar performanțele se pierd. Când simptomele acestea se accentuează făcând dificilă funcționarea socială a individului, atunci se poate vorbi de trecerea spre starea dementială, care este o trecere largă. Simptomele pot fi măsurate, dar limita punctajului care să definească intrarea în demență nu poate fi decât o limită aleasă relativ arbitrar. Sindromul involutiv poate fi astfel denumit ca "plaja" deteriorării ușoare, compatibilă social.

- **Demența** este un sindrom al pierderii tuturor performanțelor cognitive în grade variabile de intensitate. Acest sindrom se întâlnește în urma unor condiții de lezionare neuronală: infecțioase, toxice, posttraumatice, vasculare, degenerative.

Sindromul demential presupune că o persoană a fost normală până la un moment dat din punctul de vedere al performanțelor cognitive, moment de la care s-a produs involuția uneori progresivă, cum se întâlnește în demențele cu predispoziție ereditară, iar alteori bruscă, cum ar fi traumatismele grave și majore.

Prin sindromul demential se înțelege plaja deteriorărilor medii și severe, cu o funcționare la limită sau cu o absență de compatibilitate socială.

Dacă ne propunem să observăm individul în forma ușoară, vom sesiza la prima vedere că el pare normal, dar de fapt el numai este capabil să facă față activității profesionale, nu mai poate lua parte la activitățile grupurilor sociale. El prezintă dezorientări temporo-spațiale și chiar să confunde trecutul cu prezentul. Funcția mnezică de fixare-evocare îi afectează activitatea de zi cu zi precum și cea de autoîngrijire. Memoria faptelor recente este mai deteriorată. Atenția voluntară este folosită pentru foarte scurt timp dar cu greu.

Din punct de vedere al personalității, sunt prezente schimbări semnificative. Astfel afectivitatea lor devine tot mai labilă și se

transformă treptat. Sistemul volitiv - activitate este deficitar și cu tendințe la abandon prematur a activității. Aflându-se în afara locuinței, bolnavul devine incapabil de judecăți și de autocontrol. Din acest punct demența devine tot mai profundă, funcția mnezică fiind complet distrusă iar orientarea temporo-spațială este profund alterată.. Acest proces involutiv până la demență profundă, caracterizat prin progresivitate este un proces deteriorativ degenerativ prin boli degenerative înăscute sau prin deteriorare vasculară progresivă.

Boala Alzheimer este cea mai comună demență, atingând peste două treimi din totalitatea cazurilor. Criteriile de diagnostic ale bolii Alzheimer au fost stabilite în studii conduse în centre specializate, aceste criterii s-au dovedit a fi sigure cu o acuratețe a diagnosticului ante-mortem de 85 % comparativ cu cel post-mortem (Tudose și colab., 2001).

În perioada preclinică este afectată memoria episodică verbală și spațială, fără a fi afectate alte disfuncții cognitive.

În demența ușoară are loc o afectare severă a memoriei episodice verbale și spațiale, sunt afectate de asemenea: memoria semantică, funcționarea vizuospațială, atenția complexă. Memoria de scurtă durată și procedurală este intactă și abilitățile senzitivo-motorii neafectate. Personalitatea este nemodificată, dar este afectată în momentul adaptării la cerințele exterioare.

Stadiul de demență avansată se caracterizează prin modificări severe cognitive și de personalitate instalându-se astfel disfuncții ale activităților zilnice obișnuite.

Trăsăturile esențiale ale demențelor constau conform DSM - IV în multiple deficite cognitive de tip afazie, apraxie, agnozie la care se adaugă tulburări operaționale (Tudose și colab., 2001).

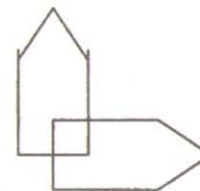
10.3. Investigații psihologice specifice

Cel mai cunoscut instrument în evaluarea demențelor este MMSE (Mini Mental State Examination), care este folosit de medic și psihologul clinician.

1. Ce zi a săptămânii este?
2. Ce dată este azi?
3. Ce lună este?
4. Ce anotimp este?
5. În ce an suntem?
6. Unde ne află acum?
7. La ce etaj suntem?
8. În ce oraș suntem?
9. În ce județ suntem?
10. În ce țară suntem?
11. Repetă cuvintele: "lămâie, cheie, balon"
12. (Examinatorul va pronunța cuvintele într-un ritm de unul / secundă)
13. (În caz de dificultăți, repetă de 5 ori cuvintele)
14. Scade 7 din 100 și fă cinci scăderi
- 15.
- 16.
17. (Orice scădere corectă = o bifare)
- 18.
19. Îți reamintești cele trei cuvinte pe care le-ai spus?
20. ("Lămâie, cheie, balon")
- 21.
22. Ce este acesta? (arată un creion)
23. Ce este acesta? (arată un ceas)

24. Repetă următoarele: "nici dacă, nici parcă, pentru că"
25. Urmează o comandă din trei stadii: 1. Ia această bucată de hârtie,
26. 2. Împăturește-o în două și 3. Pune-o jos"
27. (maxim trei puncte)
28. Citește ce este scris pe această hârtie și supune-te comenzii scrise ("închide ochii")
29. Scrie o propoziție (pe care o dorești) pe această hârtie.
30. Copiază acest desen pe o foaie de hârtie (2 pentagoane care formează un unghi între ele, câte un colț din fiecare intersectându-se pentru a forma un model de diamant)

Total (0-30)



Se acordă un punct pentru fiecare răspuns corect.

Etalon

- 30 puncte – nici un simptom
- 24-30 p. Tulburări cognitive ușoare:simptome mnezice
- 21-23 p. Demență ușoară: deficite mnezice și cognitive
- 18-20 p. Demență marcată: deficite cognitive clare; strategii de adaptare compensatorii
- 15-17 p.Demență moderată: este necesar un grad de asistență; simptome psihiatrice
- 12-16 p. Demență severă: este necesar ajutor pentru activități zilnice de îngrijire; simptome psihotice; agresivitate
- 0-11 p. Demență gravă: necesită îngrijire instituționalizată.

Cap 11. Suicidul

11.1 Definiție

Etimologia cuvântului **suicid**: este sui = de sine și cidium = omorător.

Suicidul reprezintă "orice caz în care moartea rezultă direct sau indirect dintr-un act pozitiv sau negativ, făcut de victima însăși, care știe că trebuie să producă acest rezultat" (Durkheim apud Tudose și colab., 2002).

Suicidul a fost dintotdeauna o problemă care a intrat în sfera preocupărilor: psihologiei, medicinei, sociologiei și filosofiei.

Considerat ca act autoagresiv, suicidul comportă o definiție etimologică, prin care semnifică "omorul de sine" (lat. sui coedere) dar și o definiție operațional - psihologică conform căreia, suicidul este un act uman de încetare din viață, autoprodusă și cu intenție proprie. (Schneidman apud Ionescu, 1985).

Conform Dicționarului de Psihologie (1997) suicidul este actul de autodistrugere datorită unei crize psihice puternice, pierderii oricărui sens al existenței, dificultăților de nedeapășit.

Suicidul este definit de O.M.S. (Organizația Mondială a Sănătății) ca fiind actul prin care un individ caută să se autodistrugă fizic, cu intenția mai mult sau mai puțin autentică de a-și pierde viața, fiind conștient mai mult sau mai puțin de motivele sale (Cosman, 2000).

Scopul suicidului poate fi: evitarea unei situații inacceptabile; conduită autoagresivă; apel la ajutor sau un mesaj disperat, îndreptat spre anturajul indiferent sau ostil.

Tentativa de suicid este actul suicidar oprit înainte ca moartea

să se producă.

11.2. Ipostaze ale fenomenului suicidar

Ionescu, (1985) prezintă mai multe ipostaze a fenomenului suicidar:

a. ideea de suicid veleitară, reprezintă o dorință tranzitorie de autodistrugere, cu protecția teoretică a actului, fără punerea sa în practică, dorința fiind generată numai de încărcătura afectivă de moment;

b. șantajul de suicid, este prezent la persoanele care au o structură psihică labilă sau în cazul persoanelor cu un coeficient scăzut de inteligență cu scopul de a obține mai multe drepturi, un plus de libertate. Este mai frecvent la adolescenți și femei;

c. tentativele suicidare sunt actele ratate din motive multiple: mijloace de sinucidere inadecvate sau intervenția unor persoane străine. Tentativa de suicid are de multe ori semnificația unei nevoi crescute de afecțiune și atenție din partea persoanelor din jurul său față de care subiectul se simte izolat, subestimat, respins. Tentativa de sinucidere poate fi repetată. Nu se poate spune dinainte cu certitudine care dintre pacienții cu ideate suicidare vor trece la act. Pentru a se interveni optim este bine să fie evaluat riscul suicidar și starea psihică a individului.

Tentativele suicidare sunt de 8-9 ori mai frecvente la tineri, de 10 ori mai frecvente la adolescenți iar 40 % dintre bărbați și 80 % dintre femei au avut anterior tentativei o situație conflictuală.

Tentativa de suicid poate fi reprezentată pe o axă cu un pol reprezentând aspectul veleitar, de șantaj, iar la celălalt pol aflându-se impulsivitatea de suicid.

d. sindromul presuicidar, este caracterizat prin restrângerea

câmpului de conștiință și afectivității precum și înclinația spre fantasmăle suicidului.

e. suicidul disimulat, este o disimulare a actului suicidar sub forma unui accident. Persoana alege acest mod de sinucidere pentru a nu-și culpabiliza rudele și prietenii sau pentru a-și proteja familia de reacțiile societății.

f. raptusul suicidar este rezultatul unui impuls nestăpânit. Persoana "se aruncă în suicid", folosind orice mijloc are la îndemână.

g. suicidul cronic (parasuicidul), reprezintă echivalențele suicidare cum ar fi: refuzul alimentar și a tratamentului, comportamentele de risc și așa-numite sinucideri cronice: alcoolismul și toxicomaniile.

h. conduita suicidară implică organizarea conduitei în scopul suicidar, un fel de "regie" a actului suicidar. Persoana vizitează locurile din copilărie, foștii prieteni, își scrie testamentul, după care se sinucide.

Schneidmann 1986; (apud Cosman, 2000) prezintă câteva trăsături ale actelor autolitoce:

- Scopul comun al suicidului este de a căuta o soluție. Suicidul nu este un act lipsit de scop. Prin el se caută o cale de rezolvare a unei probleme, a unei dileme, a unei situații criză. Suicidul are o logică intrinsecă.
- Obiectivul comun al suicidului este încetarea conștiinței. În mod ambivalent sinucigașul evoluează spre ținte diferite în același timp. Pe de o parte el dorește rezolvarea problemelor lui, dar în același timp dorește și stoparea fluxului conștiinței
- Stimulul comun în suicid este durerea psihologică intolerabilă.
- Stresorul comun în actul suicidar este reprezentat de nevoile psihologice frustrate.

Fiecare sinucigaș are convingerea că ceea ce face este logic iar comportamentul său este derivat din condiționarea impusă de

motivația subiacentă.

- Sentimentul comun în suicid este cel de neajutorare.

Dacă la începutul vieții domină stimularea, care este generată continuu de curiozitate și descoperire, la vârsta adultă apare necesitatea găsirii unor soluții de viață, încărcată de responsabilitate. Apare lipsa de speranță și sentimentul de neajutorare care decurge din responsabilitatea pe care persoana o percepe ca fiind prea mare. Expresia comună a ceea ce simte ar fi "Nu pot să fac nimic – în afara suicidului - și nu găsesc pe nimeni care să mă ajute".

La baza autolizei se află sentimentele următoare: rușinea, vinovăția, disperarea.

- Atitudinea interioară comună în suicid este ambivalența. Persoana sinucigașului reunește în sine cel puțin două tendințe: cea de autodistrugere și cea de planificare a salvării.
- Statusul cognitiv comun în suicid este constricția. Suicidul poate fi înțeles și ca o îngustare a afectului și cogniției. Astfel persoana se focalizează pe opțiunile disponibile în conștiința sa, atâta timp cât gândirea sa nu este orientată spre rezolvarea problemelor.
- Acțiunea comună în suicid este evaluarea. Suicidul este agresiunea finală, stoparea funcționării realului pentru persoana în cauză.
- Actul interpersonal comun este comunicarea intenției. În majoritatea cazurilor de decese prin sinucidere "autopsia psihologică" a semnalat prezența indicilor clare ale actelor ce urmau să se petreacă.
- Aspectul comun de consecvență în suicid este reprezentat de tiparele de reacție habituale ale individului. Comportamentul suicidar este în continuitatea trăsăturilor de personalitate a sinucigașului.

11.3. Factorii de risc în suicid

În majoritatea cazurilor suicidul corelează fie cu o boală psihică, fie cu o stare psihică particulară la un subiect care nu este bolnav psihic.

Din punct de vedere psihopatologic, fenomenul trebuie evaluat multidimensional prin prisma a trei parametrii (Ardelean, 2004).

a. intenționalitatea, care este relevată prin valoarea premeditată a mesajului lăsat, mesaj determinat de eșecuri sentimentale, crize existențiale, materiale, familiale sau sociale.

b. premeditarea, care se referă la implicarea în anumite acte care sunt congruente cu unele planuri precise.

Premeditarea determină, la cele mai multe cazuri, lăsarea unui mesaj sub forma unei scrisori scurte de "justificare".

c. pericolozitatea, se referă la modalitățile de realizare a actului suicidal, mijloace care în majoritatea cazurilor sunt radicale și efectuate în condiții care limitează posibilitățile de intervenție (spânzurare, împușcare, automedicație voluntară cu substanțe medicamentoase, otrăvire, veneseecție, etc.).

În contextul acesta este importantă cunoașterea criteriilor de apreciere a riscului suicidal:

1. aspecte epidemiologice, legate de: vârstă, sex, statut social, economic, marital, profesional, religios etc.

Femeile încearcă să comită sinuciderea de trei ori mai frecvent decât bărbații, dar bărbații reușesc să se sinucidă mai des comparativ cu femeile. Numărul mai mare de tentative de sinucidere la femei este în legătură, se pare, cu incidența mai mare a depresiei la femei. Faptul că bărbații reușesc să se sinucidă se datorează metodei alese.

Deși persoanele în vârstă aveau cea mai înaltă rată a sinuciderii și încă o au, aceasta începe să scadă, iar prin contrast rata sinuciderii la adolescenți și tineri începe să crească.

Caracteristica fundamentală a adolescenților care încearcă să comită sinuciderea este izolarea socială, ei se descriu ca fiind însingurați, majoritatea au părinți divorțați sau separați, mulți au părinți alcoolici și raportează că primesc puțină afecțiune parentală.

Studentii au o probabilitate de două ori mai mare de a se sinucide comparativ cu persoanele neșcolarizate de aceeași vârstă. Există multe explicații pentru această disperare a studenților: faptul că trăiesc departe de casă pentru prima dată și trebuie să facă față unor probleme noi; încercarea de a rămâne în vârful ierarhiei academice; competiția fiind mai dură decât cea din liceu; indecizia cu privire la alegerea carierei profesionale; însigurarea cauzată prin absența prietenilor de durată și anxietatea legată de noile relații.

2. istoric parental: boli somatice sau psihice;

3. trăsături ale tipului de personalitate;

4. confruntarea cu evenimente de viață negative;

Studiile actuale avansează supoziția etiologiei plurifactoriale a suicidului care cuprinde condițiile favorizante și situațiile conjuncturale, personale și ambientale în care el a avut loc. Poliformismul acestor condiții și situații, larga lor dispersie, de la aspectele culturale și economice la cele demografico-meteorologice, de la aspectele psihosociologice la cele medicale implică o sistematizare anumită:

a. factorii socio-economici, au fost frecvent invocați, în etiologia suicidului, deoarece s-a observat creșterea procentului actelor suicidare în perioadele de ciză economică, de faliment și șomaj. De fapt, nu starea economică precară crește rata suicidului ci pierderea unui statut economic înalt sporește riscul suicidului.

Durckheim vorbește de instabilitatea materială și familială care crește în timpul crizelor economice. Suprasolicitarea individului, competiția exagerată în relațiile sociale, determină o stare de neliniște care poate duce la sinucidere.

Sub aspect social, tendința de marginalizare, de excludere din grup, favorizează suicidul.

Sinuciderile sunt mai frecvente la cei fără statut profesional nesigur. Profesia intervine în cazul în care ea implică un anumit nivel intelectual precum și un anumit mod de viață;

b. factorii psihosociologici, au fost implicați, în etiologia fenomenului suicidar încă de la sfârșitul secolului trecut, când E. Durkheim (1897) a demonstrat că fenomenul de suicidație se află în strânsă corelație cu situațiile care slăbesc legăturile dintre individ și grupul său social. Sentimentul lipsei de importanță, al inutilității dar și conștiința nonacceptării în grup sau excluderii din grup favorizează în mare măsură fenomenul suicidar;

c. patternul familial, statutul marital și fenomenul suicidar. Cercetările consemnează un consens asupra faptului că rata suicidului este mai mare la cei căsătoriți fără copii decât la cei care au copii, la cei care trăiesc singuri față de cei care au o familie, astfel se poate spune că incidența suicidului crește la cei aflați în situații care micșorează responsabilitatea socio-familială;

d. influența factorilor meteorologici asupra suicidului. Starea vremii, presiunea atmosferică și anotimpul au constituit factori de corelație cu prevalența suicidului. Cele mai multe studii indică faptul că suicidul înregistrează o ascensiune a curbei prevalenței toamna și primăvara observație ce poate fi corelată cu scăderea presiunii atmosferice în anotimpurile respective;

e. statutul profesional. Pierderea statutului profesional constituie

un factor important de creștere a suicidului. În ceea ce privește evaluarea interprofesională a ratei suicidare se observă un consens al observațiilor conform cărora, în mod surprinzător, profesiile de medic urmați, de muzicieni, și juriști prezintă o rată înaltă a suicidului.

f. suicidul raportat la sex. În ciuda opiniei empirice care susținea faptul că suicidul ar fi mai frecvent la femei, studiile epidemiologice atestă în mod constant faptul că actele suicidare propriu-zise sunt mai frecvente la bărbați. Dacă în general se consideră că numărul tentativelor este de trei ori mai mare la femei decât la bărbați, în privința suicidului realizat raportul este inversat, el fiind de 1 %;

g. suicidul la senescență; se observă o amplitudine ridicată a curbei de incidență, întrucât numeroși factori, endogeni și exogeni, de ordin psihosocial se înscriu într-o acțiune convergentă de slăbire a forțelor sanogenetice și a elanului vital.

Spre deosebire de tinerii la care suicidul este de cele mai multe ori reactiv, la vârstnici actul suicidar implică anumite caracteristici de organizare și programare.

Incidența înaltă a suicidului la bărbații văduvi sau divorțați trebuie apreciată nu atât prin prisma reacției dramatice a acestora față de viață în afara unei familii proprii cât mai ales în contextul datelor epidemiologice suicidare, care prezintă valori superioare în rândul bărbaților. Incidența superioară a suicidului în rândul persoanelor care trăiesc singure nu poate fi atribuită numai suportului afectiv slab reprezentat de familie ci și de faptul că printre acestea se întâlnește un procent însemnat de bolnavi psihici care, în ciuda afecțiunii lor oferă o înaltă rată suicidară (Ionescu, 1985).

Depresia este tulburarea în care suicidul se întâlnește cu o frecvență mare, începând cu sindroamele nevrotice din bolile

somatice, până la fazele depresive ale psihozei maniaco-depresive, unde îmbracă o formă caracteristică.

Episodul depresiv se caracterizează printr-o trăire afectivă negativă, ce cuprinde sentimentul durerii morale, al inutilității. Depresivului, viitorul îi apare în culori sumbre. Tonusul afectiv negativ se traduce prin: tristețe profundă, disperare, durere morală, descurajare, sentimente de culpabilitate. În evoluția unor depresii apare anestezia psihică dureroasă: bolnavul se plânge că nu se mai poate bucura, că nu mai poate simți intens afecțiunea unor persoane apropiate (DSM – IV, 2003).

Riscul suicidar crește odată cu instalarea dispoziției depresive și a hipertimiei negative, mai ales dacă sunt prezente și tulburări vegetative ca: inapetență, insomnie mixtă.

Insomnia severă este asociată cu un risc crescut de suicid. Riscul crescut mai apare și în momentul în care depresia se “mișcă” spre un plus de energizare, astfel că apare anxietatea, frica, furia indicând o suficientă mobilizare pentru realizarea autolizei (Cosman, 2000).

Tulburarea de anxietate pe întreaga durată a vieții, sexul feminin, determină în mod independent unul de altul creșterea frecvenței și gradului ideărilor suicidare în cazul pacienților care suferă de depresie severă (Schaffer și colab., 2000).

Pacienții cu schizofrenie sunt mult mai susceptibili de a comite suicid în perioadele de remisie, atunci când ei se pot simți depresivi și deznădăjduiți. Pacienții cu tulburare de panică și cei cu personalitate borderline care se sinucid au, de asemenea o stare depresivă majoră comorbidă sau abuzează de alcool.

Alcoolismul, alături de dependența față de substanțe psihoactive, cum ar fi droguri, medicamente, determină un procent mare de sinucideri fie în contextul unui episod confuzo-oniric fie

prin conștientizarea degradării progresive a persoanei pe plan profesional, social și familial. Rata suicidului printre alcoolici este de 10 ori mai mare decât la nonalcoolici. În populația generală dintre victime aproximativ 20 % sunt alcoolici iar dintre aceștia 80 % sunt bărbați. Suicidarul alcoolic este de vârstă mijlocie, necăsătorit (sau părăsit), izolat, fără prieteni și consumator cronic de alcool. În ce privește dependența de substanțe psihoactive, rata suicidului la dependenții de heroină de exemplu, este de 20 de ori mai mare decât la populația generală. Asocierea cu o personalitate dizarmonică, antisocială sau cu consumul de alcool se consideră a fi factor de risc pentru suicid. În cazul toxicodependenței intervine decesul și prin dozarea greșită, prin administrarea de supradoză cu scopul trăirii mai intense a stărilor de beatitudine, a halucinațiilor și iluziilor induse de drog (Ardelean, 2004).

Cap 12. Toxicomaniile și alcoolismul

12.1. Toxicomaniile- definiție

Provine din englezescul "addict" (consumator de stupefiante, alcoolic) care are la bază latinescul "additio" (a aduna). Noțiunea de adicție se referă la zona comportamentelor caracterizate de acte repetate în care predomină dependența față de o situație sau un obiect material care este de căutat și consumat cu aviditate.

În comportamentul adictiv persoanele deviază toate celelalte centre de interes, cu incapacitatea de a alege să nu realizeze gestul adictiv, care nu constituie, neapărat, o experiență agreabilă (Peele apud Tudose și colab., 2002).

Toxicomania este starea atitudinală de apetență stringentă care determină întreg sau aproape întreg comportamentul spre procurarea substanței de care a devenit dependent. Raportată la individul toxicoman, națiunea are și valențe de pluritate fiziologică și somato – psihică exprimată în vorbire prin observații de genul "are față de toxicoman".

Intoxicația desemnează modificările psihologice, psihopatologice, fiziologice și fiziopatologice produse de către o substanță, modificări care în intoxicația acută dispar atunci când substanța în cauză dispare, dacă doza ingerată, inspirată sau injectată nu este letală sau suficientă spre a da leziuni celulare.

Intoxicația cronică înseamnă cumulara progresivă în funcție de doză, timp și specificul substanței a efectelor nocive, psihice și fiziologice (Cornuțiu, 2003).

Dependența psihică presupune acel comportament, care după un consum repetat și regulat în cazul farmacodependenței și

drogurilor minore, iar pentru drogurile majore după primele consumuri, în care apare dorința greu de stopat de a continua consumul, cu toate că are loc degradarea funcționării familiale, sociale și profesionale iar stoparea consumului implică anxietate, neliniște, iritabilitate, insomnii, plictiseală sau depresie.

Dependența fizică, este acel stadiu în care nu numai că stoparea nu e posibilă prin voință, dar stoparea lui forțată determină apariția unor simptome vegetative și psihice caracteristice. Această stare de boală se numește stare de sevraj (Cornuțiu, 2003).

Atitudinea față de droguri – o problemă complexă

Drogurile reprezintă substanțe chimice ce prezintă acțiuni asupra stării fizice, psihice și comportamentale. Ele sunt folosite în scopuri terapeutice dar și în scopuri experimentale, administrarea acestora supravegheată furnizând informații asupra modului cum lucrează sistemul nervos central.

Drogul reprezintă una din cele mai răspândite substanțe care dau naștere la căi de acces către stările modificate ale conștiinței. Experimentarea acestora poate fi fatală sau poate duce la o dependență totală în șase săptămâni.

Atunci când avem de a face cu o problemă legată de droguri, trebuie luat în considerare copilul (tânărul) ca întreg și trebuie examinată fiecare zonă a vieții lui. Nu putem să dăm pur și simplu vina pe " altcineva decât pe copii", să căutăm un tratament pentru dependența fiziologică și să considerăm problema rezolvată. Problema trebuie căutată mult mai adânc decât în simpla dependență fiziologică, iar părinții trebuie să fie total implicați în viața copiilor nu în sensul de a merge cu ei oriunde, dar este important să le cunoaștem prietenii, proferorii, antrenorii, liderii și îndrumătorii de alte activități extrașcolare. Trebuie să știți ce se întâmplă cu adevărat

la școală. Un mit destul de răspândit astăzi este acela potrivit căruia copilul ia droguri, inclusiv alcool, sub presiunea celor de vârsta lui. Acesta nu este însă răspunsul la întrebare: "DE CE?". A descoperi "de ce" s-a apelat la droguri face parte din procesul de vindecare, ori probleme legate de droguri au legătura cu toate zonele vieții: emoțională, psihologică, spirituală, socială, etc. Astfel încât, pentru a ajunge la fondul problemei, trebuie atinsă fiecare zonă a vieții copilului și este imperativ ca părinții să fie implicați.

Folosirea drogurilor este doar un simptom al unei probleme mult mai adânci. Spre exemplu, mania este una din cauzele folosirii drogurilor. Principala cauză a maniei multor copii este aceea că nevoile lor emoționale nu sunt satisfăcute. Copilul trebuie să se simtă iubit și să primească iubire de la părinții lui pentru a se dezvolta normal. Negarea constantă a iubirii și a atenției este foarte dăunătoare unui copil, iar drogurile sunt o cale convenabilă pentru un copil neiubit de a-și alina suferința și mânia.

Mânia reprimată are ca rezultat un comportament pasiv-agresiv, și pentru că uzul de droguri este anti-autoritate, copii care nu își controlează furia cum trebuie sunt înclinați spre consumul de droguri. De asemenea cu cât un copil este mai furios cu atât va deveni mai deprimat. Specialiștii care tratează viciul alcoolului și al drogurilor dau vina pe alcool și pe droguri pentru depresii. Acest lucru este adevărat, până la un punct, căci majoritatea copiilor care iau droguri sunt deja deprimați din cauză că nu le sunt satisfăcute nevoile emoționale de bază. Drogurile ilegale, de care nu e greu să faci rost îndepărtează repede suferința pe care copii furioși și deprimați o trăiesc în fiecare zi. Nu e de mirare că sunt atrași de droguri.

Depresia adolescentină este complexă pentru că are multe cauze și efecte complicate. Este subtilă și poate trece neobservată cu

foarte mare ușurință. Tinerii aflați în această situație se simt mizerabil, iar suferința mentală și fizică în această stare este uneori de nesuportat. Drogurile blochează durerea din depresii. Din nefericire, când drogurile sunt scoase din sistemul adolescentului, el se simte și mai rău și astfel are nevoie de mai mult drog. Aceasta poate fi o cale prin care drogurile devin un viciu.

De asemenea, adolescenții au parte de o perioadă deosebit de dificilă atunci când își identifică sentimentele. Ei nu realizează că deprinderea de a lua droguri are de obicei motivații inconștiente. Aproape toate deciziile pe care le luăm se bazează în primul rând pe ceea ce simțim. Copii se simt deprimați și plictisiți și pot să ia droguri ca să se simtă mai bine. Ei nu trec această decizie printr-un proces de gândire amănunțit și rațional. Drogurile îi fac să se simtă bine, așa că iau droguri. În realitate ei nu înțeleg de ce fac asta.

Unii părinți nu comunică cu copiii lor, alții sunt severi, dar nici unul dintre acești factori, luat singur, nu sunt cauza inițială a consumului de droguri. Aproape întotdeauna este vorba de o combinație de factori și încă ceva care duce în cele din urmă la situația că un copil să devină dependent de droguri.

Drogurile de diverse tipuri au fost consumate din totdeauna de adulți; de câteva decenii folosirea lor este asociată cu negativismul tinerilor care se răzvrătesc împotriva ordinii și sunt în căutare de experiențe. Acest fenomen implică în general un număr relativ restrâns de persoane sau anumite zone geografice, totuși în unele regiuni a luat proporțiile unei epidemii. Vârsta medie a toxicomanilor a scăzut, iar politoxicomania a devenit obișnuită.

Morbiditatea și mortalitatea asociate cocainei sunt mai crescute în cazul produsului injectabil față de prizare. În cazul unui supradoză poate apare deces prin stop cardiac sau hemoragie cerebrală.

Halucinogenele (cel mai folosit este LSD) induc în special psihoza acută, eventual psihoză cronică, stări depresive precum și simptome neurologice (convulsii sau tulburări de percepție). Anumiți consumatori rămân într-o stare psihotică și comportamentul lor nu se distinge de cel al unui schizofren cronic. Moartea poate surveni accidental sau prin suicid atunci când consumatorul se găsește sub influența halucinogenului.

Morbiditatea legată de abuzul cronic de cannabis apare ca rezultat al obiceiului de a-l fuma, efectele fiind similare cu cele ale tutunului.

Substanțele utilizate prin inhalare pot produce moartea subită prin fibrilație, depresie respiratorie, asfixie. De asemenea, în caz de inhalare prelungită apar leziuni hepatice și renale precum și afectarea măduvei osoase.

Abuzul de droguri cauzează și alte tipuri de probleme comportamentale și sociale: suicidul, accidentele, absenteismul, delicvența. Toxicomanii cronici au tendința de a-și abandona familia, școala și au un cerc de prieteni unde consumul de droguri este foarte răspândit. De cele mai multe ori, părinții lor sunt ei înșiși tributari alcoolului și tranchilizantelor. Deoarece consumul de droguri este ilegal, utilizatorii și furnizorii sunt direct implicați într-o rețea de delicvență și posibil de violență (datorită sumelor de bani pe care le procură comerțul ilicit cu droguri). Este un motiv din cauza căruia numeroși tineri recurg la crime și prostituție pentru a-și cumpăra drogul.

12.1.1 Măsuri de prevenire și combatere

Măsurile de prevenire și combatere a consumului de droguri ar fi: control asupra producerii și distribuției produselor farmaceutice; control asupra producției, comercializării sau folosirii

anumitor droguri; pedepse aspre pentru cei care fac ilegal comerț și mai ales pentru cei care incită un minor să-și procure sau să utilizeze droguri.

Măsuri educative:

- informarea tinerilor asupra riscurilor farmacodependenței. În acest scop la începutul fiecărui an școlar se vor organiza cursuri destinate profesorilor pentru a-i pregăti să lupte, în mediul școlar, împotriva traficului și folosirii ilicite de droguri. Pe parcursul anului școlar, profesorii vor organiza conferințe obligatorii pentru elevi și facultative pentru părinți. Pentru a avea un efect, măsurile de prevenire trebuie să fie axate pe grupa de vârstă cea mai expusă. Unul din modurile de determinare a vârstei vulnerabile constă în a se raporta la statisticile asupra vârstei primei doze. Cum aceste statistici variază foarte mult în funcție de țară, regiune și drog fiecare țară / regiune trebuie să determine care este vârsta primei prize în populația respectivă și stabilirea modului de informare a tinerilor.
- studierea condițiilor psiho-sociale care pot duce la o instabilitate, o inadaptare cu o conduită asocială și antisocială, precum și elaborarea de programe pentru rezolvarea acestor probleme.
- depistarea precoce a celor care folosesc droguri; există unele indicii care pot sugera consumul: schimbarea bruscă a comportamentului; treceri fără motiv de la veselie la tristețe, uneori chiar agresivitate neobișnuită; pierderea apetitului alimentar; pierderea gradată a interesului pentru școală, muncă, hobby-uri, sporturi, prieteni, stări de somnolență și apatie necaracteristice; dispariția banilor sau a unor obiecte de valoare din casă; pete neobișnuite, mirosuri ciudate pe piele sau îmbrăcăminte; schimbarea grupului de prieteni, precum și tendința de tăinuire a acestor "prieteni".

Tratament și readaptare pentru consumatorii cronici; cuprinde trei etape distincte:

- *Dezintoxicarea* este în general consecutivă unei crize și are ca scop dezobișnuirea toxicomanului. Astăzi se utilizează mai multe metode, dintre care unele fac apel tot la un drog (methadonă pentru sevrul opiomaniilor, tinctură de opium și clorpromazină, neuroleptice majore, pethidină), iar altele se bazează pe sevrul brutal.
- *Reinserția socială* urmărește să readucă individului motive de a-și relua activitatea socială anterioară. Se acționează pe două planuri: asupra individului într-un cadru instituționalizat și asupra anturajului. De exemplu, există centre de ajutor pentru reinserție, programe în instituții, etc.
- *Post-cura* are ca scop ajutarea individului de a-și crește adaptabilitatea necesară pentru a nu recădea în universul drogurilor. Există numeroase formule: vizite regulate în centre de ajutor pentru reinserție, psihoterapie individuală sau de grup.

Ideal ar fi ca programul de tratament să includă toate aceste trei etape. În realitate din lipsa resurselor, atât umane cât și financiare, multe programe nu depășesc stadiul de dezintoxicare.

Este indispensabil să tratezi toxicomanii la debut, înainte ca dependența să devină o obișnuință profund ancorată în caracterul unui adult care și-a desăvârșit formarea.

12.1.2. Clasificarea drogurilor

Opiacee

Prototipul acestui grup este morfina, principalul component activ al opiumului. Morfina poate fi transformată în heroină (diacetilmorfină sau diamorfină) printr-un procedeu chimic relativ simplu. Alte opiacee sunt methadonă, pethidina și dipipanona.

Aceste substanțe suprimă durerea, au efect euforizant și induc o dependență fizică, cu fenomene de sevrul în caz de suprimare bruscă.

Deprimante ale SNC

Acest grup de substanțe cuprinde barbituricele (amobarbital, fenobarbital, etc.), benzodiazepinele (diazepam, etc.) și o multitudine de sedative de sinteză și hipnotice.

Aceste substanțe creează somnolență și sedare sau o relaxare agreabilă, dar pot adesea să inducă și o dezinhibare, cu pierderea controlului comportamentului dobândit. De obicei apare dependența numai în cazul dozelor mari, utilizate timp îndelungat.

Stimulante ale SNC

Cocaina este principiul psihoactiv al frunzelor de coca. Ea produce un sentiment de veselie și diminuează senzația de oboseală și foame. Se poate prezenta ca și pastă de coca sau preparat modificat chimic pentru a permite prizarea prin inhalare (acesta generează o dependență puternică).

Și alte substanțe de sinteză produc aceleași efecte ca și cocaina, de exemplu amfetaminele (dexamfetamina, levamfetamina) și substanțele înrudite (phenmetrazina, methylphenidate), comercializate la un moment dat pentru tratamentul obezității.

Cocaina, amfetaminele și celelalte substanțe de sinteză pot produce o excitație puternică și o reacție psihotică de scurtă durată. Aceste substanțe au potențial de a induce dependență, iar sevrul se manifestă prin oboseală și depresie.

Amfetaminele sunt fabricate la scară mare sub formă de sulfat de amfetamină (numită simplu "sulfat" de către consumatori).

Milioane de oameni consumă ceai și cafea care conțin cafeină (ceaiul conține și teobromină). Ea acționează ca un stimulant, înlăturând oboseala, dar modul de acțiune asupra organismului este diferit de cel al cocainei și amfetaminei.

În general ele produc o ușoară dependență și simptomele de sevraj se reduc la dureri de cap și oboseală.

Khat-ul este un drog larg utilizat în țări ca Etiopia, Somalia, Yemen, care provine din frunzele de *Catha edulis*. Principiile lui active sunt cathina și cathinona a căror acțiune este similară cu a amfetaminelor. Khat produce o stimulare a SNC, fiind utilizat pentru a favoriza comunicarea și pentru eliberarea de tensiunea emoțională. Printre efectele nedorite se numără insomnia, constipația și gastrita.

Halucinogenele

Acest grup cuprinde LSD-ul (dietilamina acidului lisergic), mescalina, etc. Acești produși induc fenomene psihologice foarte complexe, ca de exemplu experiențe transcendente "de detașare", halucinații și alte tulburări de percepție.

12.1.3. Cauzele consumului de droguri

Cauzele consumului de droguri sunt: tendință de experimentare, curiozitate; presiunea grupului; disponibilitatea drogului; personalitatea și mediul social (drogul poate reprezenta un mod de evadare dintr-o realitate dură); mass-media (anumiți idoli ai tinerilor, care consumă droguri, beneficiază de o largă publicitate).

Riscuri pentru sănătate

Riscurile pentru sănătate variază în funcție de tipul de drog, modul de administrare și statusul afectiv, fizic și nutrițional al consumatorului.

Riscul ce-l comportă utilizarea drogului a fost accentuat, într-o manieră spectaculoasă de propagarea infecției cu HIV, pentru cei care-și administrează drogul prin injectare și împart între ei acele și seringile contaminate.

Consumul cronic de opiacee poate produce afectare hepatică, infecții și afecțiuni neurologice. Dependența de opiacee, în special de

heroină, se asociază cu mortalitate, retard de creștere fetală și morbiditate neonatală.

Supradoza este cauza principală de deces prematur dar mai există și alte cauze ca șocul anafilactic, septicemia, endocardita, hepatita și violența cu o creștere a nivelului sinuciderilor.

Benzodiazepinele sunt tranchilizantele cele mai frecvent folosite. Chiar și la doze terapeutice, anumite benzodiazepine ca lorazepam-ul și oxazepam-ul, pot induce obișnuința și fenomene de sevraj.

Decesul în cazul drogurilor deprimante ale SNC poate să apară în urma administrării accidental sau voluntar (suicid) a unei supradoze. În cursul crizelor de sevraj, cu gravitate mare, pot apare convulsii și o stare de rău epileptic care de asemenea pun viața în pericol.

S-a avansat ideea că un consum prelungit de sedative poate antrena schimbări de personalitate, în special în cazul benzodiazepinelor (diazepam, clordiazepoxid); de asemenea s-a demonstrat că benzodiazepinele alterează memoria și vigilența.

12.2. Alcoolismul – definiții

Alcoolismul este o boală primară cronică, adesea progresivă și fatală. Manifestările și dezvoltarea ei sunt influențate de factori: genetici, psihosociali, de mediu (Tudose și colab., 2002).

Alcoolismul reprezintă ansamblul tulburărilor fizice și mentale datorate consumului de băuturi alcoolice (Sillamy, 2000).

Alcoolismul poate fi definit drept un obicei – o toxicomanie – care constă în a consuma alcool mai mult și mai des decât tolerează organismul; cu timpul acesta determinând obișnuința și dorința irezistibilă de a repeta ingestia.

Ledeman a propus ca alcoolismul să fie definit prin trei factori: deteriorare psihică, comiterea de acte antisociale și consum excesiv de băuturi alcoolice. Oricum alcoolicul apare ca o personalitate psihopatică în general depresivă, stăpânit de dorința căreia nu i se poate opune de a consuma excesiv băuturi alcoolice. Alterarea voinței sale, o anumită imaturitate afectivă, uneori un complex de inferioritate, instabilitate psihică și caracterială sunt trăsături care explică parțial tendința toxicomană. În unele cazuri e posibil ca unele eșecuri suferite în viața sa să constituie la început factorul declanșant, ulterior însă se ajunge la o adevărată toxicomanie, care duce la degradarea personalității și la pierderea simțului moral, tulburări de care alcoolicul este perfect conștient.

Anxietatea și depresia, lipsa simțului critic, impulsivitatea și deseori agresivitatea sunt manifestări care conturează personalitatea alcoolicului, mânat de instincte, incapabil să reziste tentației de a bea, acesta sfârșește în cel mai profund marasm fizic, evitat de toată lumea, până și de cei mai apropiați membri ai familiei. (Stravos, 1988).

Aceste tulburări se repercutează asupra relațiilor sociale, economice, familiale și interpersonale și stau la baza majorității actelor antisociale.

Cercetări ample au dovedit că băutorii sunt în majoritatea cazurilor personalități psihopatice, cu dificultăți de adaptare mergând până la inadaptare la mediul social sau familial, precum și cu tulburări ale vieții sexuale și ale simțului moral conducând la un dezechilibru psiho-afectiv. Cei mai mulți dintre alcoolici sunt persoane labile afectiv, lipsite de voință în ceea ce privește îndeplinirea obligațiilor profesionale și sociale și respectarea normelor de conviețuire în societate, dar cu o uimitoare tenacitate de voință în procurarea băuturii.

Nu sunt deloc neglijabili factorii sociali ai căror rol trebuie considerat cel puțin favorizant; ușurința cu care pot fi procurate băuturile alcoolice, obiceiul consumării băuturilor în grup, la diferite ocazii, explică utilitatea măsurilor de limitare a desfacerii adoptate în țara noastră.

După unele statistici există: alcoolismul latent – caracterizat prin tulburări moderate ale caracterului și activității, etilismul constituit – cu leziuni viscerale și absenteism de la serviciu, etilism grav – cu leziuni viscerale și lezare profundă a sistemului nervos și bolnavi incapabili de muncă – psihozele alcoolice.

După altă clasificare se disting (Jellinek, 1952):

- persoane care folosesc alcoolul pentru calmarea unor suferințe fizice și morale și la care dependența nu se dezvoltă în mod obligatoriu;
- alcoolismul constituit după o lungă perioadă de abuz, la care se adaugă complicațiile organice (ciroze, polinevrite, gastrite, etc.);
- alcoolicii cu fenomene de toleranță și dependență fizică la care se adaugă grave tulburări comportamentale, generatoare de acte antisociale.

Această clasificare corespunde până la un punct fazelor prin care trec alcoolicii, începând de la consumul intermitent și apoi zilnic de alcool, până la apariția gravelor fenomene de dependență și afectări psihosomatice caracteristice ultimei faze alcoolismului cronic.

12.2.1. Personalitatea alcoolicului

Calinger prezintă din punct de vedere clinico-demografic două tipuri de alcoolici:

- tipul 1, fără încărcătură ereditară adictivă, cu egală prevalență bărbați-femei, cu debut tardiv prin repetiție, cu o personalitate dependentă și introvertă prin trăirea vinovăției și a nefericirii

propriului eșec. Reprezintă cam două treimi dintre alcoolici și majoritatea pot fi recuperați terapeutic;

- tipul 2, reprezentând un sfert dintre alcoolici, are o consistentă încărcătură ereditară adictivă, un debut precoce, o personalitate antisocială exprimată faptic, este impulsiv, neliniștit, agresiv. Majoritatea sunt bărbați și din păcate în cazul acestui tip intervenția psihoterapeutică nu are relevanță.

Restul sunt mixturi ale celor două tipuri mai mult sau mai puțin pure (Chiriță și Pepari, 2002).

Un alt factor predispozant consumului de alcool este timiditatea care poate fi, o trăsătură de personalitate. Termenul cuprinde realități diferite, caracterizând oamenii temători, plini de frică, lipsiți de încredere, de îndrăzneală, discreți în relațiile sociale.

Personalitatea evitantă este un alt tip predispus consumului de alcool. Pacientul spune că "bea pentru a se destinde". Mulți băutori sunt anxioși, alcoolul ajutând la spargerea gheții, la înlăturarea anumitor inhibiții. Dar pentru unii este și o modalitate de a înfrunta realitatea fără o anxietate prea mare.

Analiza personalității alcoolicilor evidențiază o anumită fragilitate morală și caracterială, inadaptabilitate socială, imaturitate afectiv – volițională (Legeron, 2001).

Capacitatea de muncă scade progresiv, caracterul individului devine deosebit de dificil, înrăit. Somnul și pofta de mâncare sunt tulburate. Se poate remarca o scădere a afectivității, printr-un egoism extrem de pronunțat, cu indiferență față de interesul celor din jur și față de îndeplinirea obligațiilor personale. Individul devine tot mai mult sclavul obișnuinței dobândite și în cele din urmă nu se mai poate lipsi de alcool. Pentru a-și satisface necesitatea, devenită de neînvins, el bea toți banii câștigați, fără să lase nimic întreținerii familiei.

Pe un fond general de excitație se produc obișnuit explozii de irascibilitate, uneori cu tendință la agresiune. Atacarea altor persoane poate să producă și să fie însoțită de manifestări vizibile ale unui efect, în virtutea impulsivității. Pe lângă agresarea adversarului într-o dispută sau în cursul unei stări marcate de iritație, putem asista la acte de violență neașteptate și nemotivate, uneori chiar îndreptate împotriva propriei persoane, conducând la suicid.

Alcoolul este de multe ori o tentație pentru persoanele ale căror stimă de sine este vulnerabilă. În urma acestor efecte euforizate inițiale, îi induce un sentiment de destindere și provoacă o dezinhibiție. Este cazul persoanelor cu o stimă de sine scăzută, categorie în care se include și alcoolicii. Se știe că persoanele cu stimă scăzută de sine încearcă să acționeze de multe ori cu dificultate, iar alcoolul le furnizează un fel de miopie de anticipare.

12.2.2. Epidemiologie și predispoziție

Prevalența consumului în mod abuziv de alcool este de 13, 6 % în populația generală. Problemele legate de alcool încep de obicei la vârsta de 16-30 de ani. 53 % dintre persoanele cu alcoolism au o boală psihică în relație de comorbiditate.

Predispoziția spre consumul de alcool este determinată de interacțiunea dintre vulnerabilitate, familie și mediu. Factorii genetici influențează în mare măsură prevalența alcoolismului. Factorii ereditari au influență prin transmiterea unor deficiențe în secreția de serotonină, endorfine (Tudose și colab., 2002).

Aspecte clinice ale alcoolismului.

- a. Intoxicație alcoolică
- b. Sevrăjul necomplicat
- c. Sevrăjul complicat cu convulsii
- d. Delirium tremens

- e. Tulburarea psihotică indusă de alcool
- f. Tulburarea amnezică persistentă indusă de alcool
- g. Boli neurologice
- h. Boli hepatice.

12.2.3. Rolul psihologului în patologia alcoolică

Datorită factorilor implicați în etiopatogenia sa, alcoolismul implică o abordare terapeutică complexă, de lungă durată. Intervenția psihologului va fi eficientă în cazul în care pacientul va fi abordat în individualitatea sa, dar și în relațiile interpersonale stabilite în cadrul familiei și mediului social.

Intervenția psihologică se regăsește în:

- consiliere;
- psihoterapie suportivă;
- psihoterapie rațional-emoțională;
- psihoterapie cognitiv-comportamentală;
- psihoterapie experiențială;
- psihoterapie psihanalitică;
- psihoterapie de grup.

Psihoterapia de grup vizează:

- grup de vechi băutori și foști bolnavi;
- grup de discuții;
- grup de informație;
- terapii familiale sistemice.

Pentru fiecare pacient trebuie elaborat un plan terapeutic în funcție de gravitatea și tipul de alcoolism: abuz, dependență, formă intermitentă, permanentă sau de tipul de personalitate de bază, de mediul socio-familial.

Cap.13 Expertiza medico-legală

13.1. Delimitare conceptuală

În general, expertiza constituie un mijloc de probă de sine stătător, căreia legea îi acordă o distinctă individualitate. Este nevoie ca anchetatorul să posede cunoștințe științifice (în speță, psihiatrico-legale), iar expertul să cunoască dispozițiile legale și spiritul legii pentru a putea răspunde la întrebările juristului (așa, de exemplu, în domeniul capacității psihice de a răspunde sau nu, expertul nu stabilește vinovăția, dar are competența și obligația de a explica totodată toate datele tehnice dintr-un raport de expertiză). În acest mod, lămurind științific toate problemele solicitate prin argumentarea logică, el oferă judecătorului o documentație, dar numai judecătorul are competența legală de a evalua.

Expertiza medico-legală psihiatrică este efectuată de către o comisie formată dintr-un medic legist, doi sau mai mulți psihiatrii și un psiholog care examinează împreună învinuitul, medicul legist având îndeosebi sarcina de a asigura îndeplinirea condițiilor procedurale, de a favoriza studierea în cele mai bune condiții de către comisie a persoanei învinuite, cât și a modului și împrejurărilor în care s-a desfășurat acțiunea periculoasă (Brânzei și Sârbu, 1981).

Expertiza va stabili starea de discernământ privind interrelațiile sociale, starea ideo-afectivă și modul de reflecție a realității obiective în conștiința autorului, în momentul comiterii faptei, în baza căruia juristul va aprecia răspunderea sau nonrăspunderea subiectului. Principiul aflării adevărului obligă la aprobarea în mod obiectiv realitatea faptei, vinovăția; mobilul infracțiunii și prejudiciile produse ca și toate aspectele ce

influențează răspunderea autorului, principiul obligă la stabilirea concordanței între faptă și constatările judiciare, pentru ca în final hotărârea judecătorească să corespundă numai adevărului.

Între cauzele care fac ca fapta prevăzută să fie considerată infracțiune, alături de legitima apărare, stare de necesitate, constrângerea fizică și constrângerea morală, cazul fortuit și eroarea de fapt situații ce nu se pot proba cu elemente medicale, iresponsabilitatea, beția și minoritatea sunt prin excelență cauze susceptibile care să fie probate din punct de vedere științific-medical. Se poate astfel proba, în cazul legitimei apărări, tulburarea psihică ce a depășit limitele unei apărări promoționale cu gravitatea pericolului, se poate proba vătămarea în condiții de catastrofă sau pericol iminent și inevitabil. Se pot proba apoi sugestibilitatea marcată într-o constrângere morală, precum și neprevăderea unor rezultate negativ penale prin cauze imprevizibile așa cum ar fi o stare malativă, organică sau psihică în cazul fortuit, necunoașterea stării de sănătate, graviditate.

Iresponsabilitatea este starea de incapacitate psihică a unei persoane care, datorită alienației mintale sau a altor cauze, nu-și poate da seama de acțiunile și inacțiunile sale, ca și de urmările acestora sau nu poate fi stăpână pe ele prin lipsa voinței, ori de câte ori comite fapte prevăzute de legea penală. Condițiile legale ale iresponsabilității se referă la o faptă prevăzută de lege, la condiția ca autorul să nu aibă capacitatea de a înțelege sau de a-și dirija voința, iresponsabilitate care trebuie să existe în momentul comiterii faptei.

Când bolnavul psihic prezintă un potențial de pericol social, atât pentru el, cât și pentru anturaj, legea prevede obligativitatea la un tratament medical ambulator, efectuat în mod regulat, sau internarea, până la însănătoșire, într-un institut medical. Hotărârea de obligare la tratament medical și internare, medicală, împreună cu expertiza

medicală, se trimit tribunalului, care va lua măsurile necesare.

Conform legii, unele expertize medico-legale, printre care și expertiza psihiatrico-legală, sunt obligatorii atunci când există îndoieli asupra stării psihice a autorului unei infracțiuni, îndoieli ce rezultă din modul său de comportare. Aceste expertize sunt obligatorii și pentru minori. În acest scop expertiza se solicită printr-un act procedural oficial. Expertul va efectua lucrarea personal, nu va divulga datele de care a luat cunoștință, va efectua lucrarea în termenul stabilit și va fi de bună credință, orice rea credință fiind sancționabilă. Se poate solicita și un supliment de expertiză sau o nouă expertiză, cu aceleași obligativități pentru experți. În situațiile de criză psihiatrică de urgență, precum și cele de impas existențial generate de stări psihotice, deci în stări de nocivitate așa cum ar fi reacțiile autoagresive (suicid, automutilare, etc.), reacțiile heteroagresive directe (lovirea, atentatele la bunele moravuri, tentativa de omor, etc.) sau heteroagresive indirecte (neglijențe comportamentale cu riscuri profesionale, etc.), familia are obligația de a anunța dispensarul teritorial care, la rândul său, va îndruma bolnavul spre comisiile psihiatrice care vor hotărî asupra măsurilor ce trebuie luate. Aceste comisii au obligația de a informa Tribunalul și de a decide asupra încetării internării.

Psihiatria medico-legală se ocupă cu studiul comportamentului patologic din diferite boli psihice, precum și cu corelarea acestuia cu normele juridice. Comportamentul uman apare ca efect al interacțiunii dintre factorii interni sau factorii externi, de mediu. El devine o sursă de informații despre nivelul conștiinței și implicit, despre gradul și nivelul de adaptare, admitându-se că un conținut comportamental este în măsură să ofere date despre riscurile comportamentale raportate la diferite situații de viață (Brânzei și Sârbu, 1981).

13.2. Rolul expertizei medico-legale

Orice îndoială judiciară ce decurge din gravitatea faptului comis, din discordanța dintre fapta și comportamentul ulterior al subiectului, din caracterul izolat al actului față de comportamentul anterior al bolnavului, se va rezolva numai printr-o expertiză medico-legală psihiatrică ce va răspunde la trei probleme majore (Brânzei și Sârbu, 1981).

- a. diagnosticul de boală psihică sau de lipsă a tulburărilor psihice la data examinării; deasemenea, se vor avea în atenție următoarele aspecte:
 - cum afectează boala gândirea, afectivitatea și voința bolnavului;
 - legătura cauzală dintre faptă și boală;
 - în ce măsură fapta este un simptom de boală sau relația bolii cu fapta imputabilă;
 - factorii ce au favorizat trecerea la act;
 - accesibilitatea bolnavului la măsurile de reeducare și resocializare.
- b. discernământul faptei imputabile în raport cu boala psihică și evaluarea sa;
- c. măsurile cu caracter medico-social și medico-pedagogic se vor facilita redresarea comportamentului patologic și măsurile de protecție socială.

Discernământul este facultatea psihică, libertatea sau capacitatea de a distinge între bine și rău, legal și ilegal, permis și nepermis, util și inutil etc. Și el se bazează pe o percepere și reprezentare a realității, deci pe capacitatea psihică de anticipare prin reprezentarea consecințelor faptelor proprii. Cu alte cuvinte discernământul se bazează pe gândire logică, pe funcții afective integre și pe funcții volitive normale. Discernământul este deci începutul conștiinței

sociale și nu există situații de viață care să nu implice capacitatea de a discerne. Ori de câte ori este afirmat științific în afara îndoielii rezonabile, are o valoare probantă certă, evocând gradul de culpabilitate al persoanei în funcție de gradul deteriorării sale psihice. El va exprima o dezintegrare a comportamentului de la cel reflexiv și anticipativ la cel automatic și reactiv. Astfel, răspunderea juridică nu va fi altceva decât o sinteză științifică a discernământului care evocă starea de conștiință din momentul faptei și al examinării, deoarece esența vieții psihice este deschiderea spre lume prin conștiință de sine și personalitate.

Discernopatia este starea de anulare a capacității psihice de a alege între mai multe alternative comportamentale, ca atunci când bolnavul percepe incorect realitatea, când pierde capacitatea de a o reflecta corect și de a judeca logic o situație, pierde capacitatea de a învăța din experiența proprie și de a-și reprezenta și prevedea consecințele faptelor proprii. Așa se întâmplă în stările de alienare caracterizate prin lipsa conștiinței răului, prin înstrăinarea de normativitate, prin capacitatea de a menține un echilibru stabil și durabil între elementele pozitive și negative ale vieții astfel de situații corespund practic noțiunii de nebunie sau de alienare de sens judiciar, alienare ce exprimă o înstrăinare a bolnavului și propriului său psihic și de interrelațiile sociale. În dreptul penal discernământul este necesar evaluat (ca abolit, diminuat sau păstrat) în raport cu o faptă antisocială sau infracțională imputabilă, în evaluarea sa ținându-se cont de modul de comitere a faptei, de situațiile și împrejurările în care s-a comis fapta etc. iar în dreptul civil (contracte, donații, succesiuni, etc.) evaluarea discernământului are unele particularități:

- subiectul să înțeleagă și să rețină natura, mărimea și situația bunurilor sale;

- subiectul să cunoască numele celor care ar putea avea pretenții, conform legii la bunurile sale și să fie capabil a le evalua pretențiile;
- subiectul să aibă un statut mintal lipsit de idei paralogice ce ar putea influența actele și dispozițiile sale asupra bunurilor sale;
- subiectul să înțeleagă la data încheierii actului natura actului și consecințele lui.

Ideal ar fi ca expertiza în dreptul civil să fie anterioară încheierii actului, dar frecvent este retroactivă actului, când lipsesc informațiile sau acestea sunt contradictorii, fapt ce suscită prudență expertală, mai ales când tulburarea psihică nu este de durată sau când prezintă din intervale de luciditate.

Expertizele se dispun din oficiu sau la cerere. Folosirea expertizei este la dispoziția organului judiciar, dar ea este obligatorie în omorul deosebit de grav, în îndoieli asupra stării psihice a învinutului sau inculpatului, în constatări ce n-au stabilit cauza unei morți.

De asemenea expertiza este obligatorie pentru minorii între 14 și 16 ani, ca și pentru stabilirea "tulburării datorită nașterii" în pruncucidere. Expertul este numit deci de organul de urmărire penală sau de instanță de judecată și fiecare din părți are dreptul la un expert care să participe la efectuarea expertizei. În scop expertal, expertul are dreptul la noi date de anchetă sau la consultarea dosarului și la nevoie se poate solicita un supliment de expertiză la aceeași comisie sau la o alta. Reglementarea expertizei psihico-legale face obiectul dreptului procedural și care alături de alte probe, realizează un principiu de bază al acestui drept și anume *Nulla justitia sine lege*.

BIBLIOGRAFIE

1. Akerman, AD; Lyons, JS; Hammer, JS (1988): *The impact of coexisting and timing of psychiatric consultation on medical patients lenght of stay*. Hosp Community Psychiatry
2. Allport, G.W. (1981): *Structura și dezvoltarea personalității*, E.D.P. București
3. American Psychiatric Association (2000): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, A.P.A. București
4. Ardelean, H. (2004): *Psihologie medicală*, Ed. Universității din Oradea, Oradea
5. Athanasiu, A. (1983): *Elemente de psihologie medicală*, Ed. Medicală, București
6. Bălăceanu-Stolnici (1998): *Geriatric practică*, Ed. Medicală Amaltea București
7. Beck, A. și Hollon, S. (1985): *Tratament of depression with cognitive therapy and amitriptyline*: Archives of General Psychiatry
8. Beck, A.T. și colab: (1979): *Cognitive therapy of depression* Guilford Press: New York
9. Beck, A.T. (1985): *Cognitive Therapy*, Comprehensive Textbook of Psychiatry IV, London
10. Bernheim, H. (1991): *Hipnotisme, Suggestion, Psychoterapie*, Ed. Nouvelles, Paris
11. Bonchiș, E.; Secui, M. (2004): *Psihologia vârstelor*, Ed. Universității din Oradea, Oradea